



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

Consiglio Direttivo:

Presidente:

Dott. Gaudio Michele

Vice Presidente:

Dott. Pascucci Gian
Galeazzo

Segretario:

Dott.ssa Zambelli
Liliana

Tesoriere:

Dott. Balistreri Fabio

Consiglieri:

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

**Commissione Albo
Odontoiatri:**

Presidente:

Dott. Paganelli Paolo

Segretario:

Dott.ssa Vicchi Melania

Consiglieri:

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

**Collegio
dei Revisori dei Conti:**

Presidente:

**Notiziario
OMCeO Forlì-Cesena
APPROPRIATEZZA**

ORARI SEGRETERIA ORDINE

mattino: dal lunedì al venerdì ore 9.00 -14.00

pomeriggio: martedì – giovedì ore 15.30 - 18.30

sabato chiuso

CONTATTI

tel. e fax 054327157

sito internet: www.ordinemedicifc.it

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

**CONSULCESI POINT
Martedì 19 luglio 2016**

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

Martedì 19 luglio 2016 dalle ore 15 alle ore 18.30

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

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

ENPAM: SERVIZIO DI VIDEO CONSULENZA
Mercoledì 31 Agosto e Martedì 20 settembre 2016

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.

SERVIZIO DI CONSULENZA FISCALE

In considerazione delle recenti novità in campo fiscale, al fine di fornire un ulteriore ausilio ai propri iscritti, la Consulente Fiscale di questo Ordine nella persona della Rag. Alessandri Giunchi A. Montserrat (iscritta all'Ordine dei Dottori Commercialisti di Forlì-Cesena) si rende disponibile previo appuntamento e pagamento a carico dell'iscritto, presso i locali di questa sede ogni 1° e 3° giovedì del mese, per consulenza fiscale, generale e tributaria allo scopo di chiarire dubbi e incertezze negli adempimenti contabili ed extracontabili. Per fissare l'appuntamento contattare la Segreteria dell'Ordine allo 054327157.

Costo per singola seduta:

- € 45,00 se **non** titolari di Partita Iva

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

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

SPORTELLO DEL CITTADINO

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

[continua](#)

**CONVENZIONI STIPULATE DALL'ORDINE
CON ESERCIZI COMMERCIALI**

Si comunica che l'Ordine sta stipulando diverse convenzioni con esercizi commerciali della

**Commissione
Pubblicità Sanitaria**

Coordinatore
Dott. Milandri Massimo

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

**Commissione Cure
Palliative
e Terapia del Dolore**

Coordinatore
Dott. Maltoni Marco

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

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

Coordinatore:
Dott. Gardini Marco

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

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

La salute orale in età evolutiva: un obiettivo comune

Bologna, 24 settembre 2016, ore 08.30

Clinica Odontoiatrica

Via San Vitale, 59

[programma e scheda di iscrizione](#)

Patrocini Ordine

FONDAZIONE PER LA QUALITA' DELLA VITA

Evidenze cliniche nell'uso degli oppioidi in terapia del dolore

Forlì, 11 ottobre 2016

Fisiology Center - Via Grigioni, 2

0543 797018

Cesena Cardiologia e Territorio

Bertinoro, 22 ottobre 2016

Centro Residenziale Universitario – Via Frangipane, 4

[programma](#)

Dall'ENPAM

Online modulo per dichiarazione redditi da libera professione

A partire dal 15 Giugno medici e odontoiatri possono compilare online il modello D per la dichiarazione dei redditi da libera professione relativi al 2015. Lo ricorda l'Enpam informando che il modulo elettronico è reperibile nell'area riservata agli iscritti del sito www.enpam.it

Tutte le informazioni utili sono disponibili al link www.enpam.it/modelloD

Insieme alla compilazione del Modello D è possibile scegliere di attivare l'addebito diretto sul conto corrente che permette di rateizzare il pagamento dei contributi.

Per sapere come fare è sufficiente collegarsi al link www.enpam.it/comefareper

Cassazione, contributo Enpam si calcola su fatturato

(da AGI) La Corte di Cassazione ha stabilito che i medici e odontoiatri che lavorano per società accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale hanno diritto a un contributo calcolato sul fatturato. Dal 2004 le strutture sanitarie private accreditate con il Ssn devono infatti destinare il 2 per cento del loro fatturato in convenzione con il Ssn al Fondo di previdenza specialisti esterni dell'Enpam, ma in molti casi si sono opposte al pagamento avviando contenziosi e cercando di far passare il principio che i contributi, al massimo, sono dovuti sui compensi pagati ai medici e non sulle somme, ben più elevate, fatturate alle Asl. I giudici della Quarta sezione Lavoro della Cassazione hanno invece accolto il ricorso dell'Enpam, che ne dà notizia in un comunicato, confermando che la base contabile deve essere l'intero ammontare derivante dalle prestazioni specialistiche. "Sicuramente - commenta il presidente di Enpam, Alberto Olivetti - è una buona sentenza che ci conforta sulla bontà delle scelte che abbiamo fatto in questi anni. Il tempo della pazienza è terminato. Ora è il

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

Coordinatore:

Dott. Ridolfi Ruggero

Dott. Bartolini Federico

Dott.ssa Gentilini
Patrizia

Dott. Milandri Massimo

Dott. Pascucci Gian
Galeazzo

Dott. Ragazzini Marco

Dott. Ruffilli Corrado

Dott.ssa Saletti

Annalena

Dott. Timoncini

Giuseppe

Dott. Tolomei

Pierdomenico

**Commissione AUSL
Romagna**

Coordinatore:

Dott. Folli Secondo

Dott.ssa Boschi

Federica

Dott. Cancellieri

Claudio

Dott. Forgiarini Alberto

Dott. Lucchi Leonardo

Dott. Milandri Massimo

Dott. Ragazzini Marco

Dott. Sbrana Massimo

Dott. Simoni Claudio

Dott. Verdecchia

Giorgio Maria

Dott. Vergoni Gilberto

**Commissione ENPAM
per accertamenti di
Invalidità**

Presidente:

Dott. Tonini Maurizio

Dott. Nigro Giampiero

Dott. Verità Giancarlo

**Osservatorio per la
Professione al
Femminile e la
Medicina di Genere**

Coordinatore:

Dott.ssa Zambelli

Liliana

Dott.ssa Fusconi Mila

momento di passare all'esecutività degli incassi, e possiamo farlo a termini di legge".

Notiziario Speciale Appropriatelyzza

*Come in altre occasioni, anche questo mese concentriamo in una edizione speciale del nostro Notiziario i più recenti aggiornamenti della iniziativa "Choosing Wisely" (scegliere saggiamente), iniziativa varata nel 2012 dalla Fondazione Abim (American board of internal medicine) con l'obiettivo di stilare, per ogni branca, un elenco di "5 pratiche che medici e pazienti dovrebbero rimettere in discussione" in quanto inutili, costose e a volte dannose.
Tutti gli articoli sono tratti da "Doctor33"*

Anche la medicina di famiglia ha le sue pratiche inappropriate

Non la tradizionale "Top 5 list", e nemmeno la frequente "Top 10 list" (frutto dell'unione di un secondo elenco aggiunto al primo), ma direttamente una "Top 15 list". È un vero e proprio record, quello stabilito dall'American academy of family physicians (Aafp) rispetto a tutte le altre società scientifiche USA che hanno aderito a "Choosing wisely" L'ampiezza della lista si spiega da un lato con il carattere trasversale della medicina generale (come è più spesso definita la disciplina in Italia), rispecchiato dalla presenza di avvertenze presenti in altri elenchi specialistici, dall'altra dall'impostazione differente delle prestazioni offerte dai medici di famiglia negli Stati Uniti rispetto all'Italia (sono frequenti aspetti che ricordano la tradizionale pratica del medico condotto, con nozioni di pediatria e ostetricia). Ecco le 15 raccomandazioni dell'Aafp:

- 1) Non richiedere imaging per lombalgia entro le prime sei settimane, a meno che non siano presenti 'red flags', come deficit neurologici severi o progressivi, o se si sospettano gravi condizioni di base come un'osteomielite.
- 2) Non prescrivere di routine antibiotici per una sinusite acuta di grado da lieve a moderato a meno che i sintomi durino per 7 giorni o più, o i sintomi peggiorino dopo un miglioramento clinico iniziale. La maggior parte delle sinusiti in ambito ambulatoriale è causata da un'infezione virale che si risolverà da sola. Nonostante ciò, gli antibiotici sono prescritti in più dell'80% delle visite ambulatoriali per sinusite acuta.
- 3) Non usare l'assorbimetria a raggi X a doppia energia (Dexa) per lo screening dell'osteoporosi nelle donne di età inferiore a 65 anni o negli uomini di età inferiore ai 70 anni senza fattori di rischio. L'esame non è costo/efficace nei soggetti più giovani a basso rischio, lo è invece nei più anziani.
- 4) Non richiedere elettrocardiogrammi (Ecg) annuali o qualsiasi altro screening cardiaco per pazienti a basso rischio senza sintomi. Falsi positivi possono portare danni attraverso procedure invasive non necessarie, sovratrattamenti e diagnosi errate. Questi potenziali danni superano i potenziali benefici.
- 5) Non far eseguire il Pap test a donne di età inferiore a 21 anni che hanno avuto un intervento di isterectomia per malattia non cancerosa. La maggior parte delle anomalie osservate nelle adolescenti regrediscono spontaneamente, quindi un Pap test in questa fascia di età può portare ad ansia inutile, test aggiuntivi e relativi costi.
- 6) Non pianificare induzioni del travaglio o parti cesarei elettivi e senza indicazione medica prima di 39 settimane e 0 giorni di età gestazionale. È dimostrato che un parto prima di tale periodo si associa a un aumentato rischio di difficoltà di apprendimento e un potenziale incremento di morbilità e mortalità.
- 7) Evitare induzioni elettive e senza indicazione medica al travaglio fra 39 settimane e 0 giorni e 41 settimane e 0 giorni di gestazione, a meno che il collo dell'utero sia ritenuto favorevole. Idealmente, il travaglio dovrebbe iniziare di propria iniziativa, quando possibile. Più alti tassi di parto cesareo sono il risultato di induzioni del travaglio quando la cervice è sfavorevole.
- 8) Non effettuare lo screening per la stenosi carotidea (CAS) in pazienti adulti asintomatici. Ci sono buone evidenze che i danni dello screening sono superiori ai benefici, potendo portare a interventi chirurgici non indicati causa di danni gravi, compresi decesso, ictus e infarto del miocardio.
- 9) Non richiedere lo screening per il cancro del collo dell'utero in donne di età superiore a 65 anni che hanno avuto un adeguato screening in precedenza e non sono ad alto rischio per tale neoplasia. In questa popolazione il test non offre particolari benefici.
- 10) Non richiedere lo screening in donne di età inferiore ai 30 anni di età per cancro della cervice uterina con un test dell'Hpv, da solo o in combinazione con un esame citologico. In questa fascia d'età i danni da tali procedure non sono irrilevanti e derivano dai test più frequenti e dalle procedure invasive diagnostiche come la colposcopia e la biopsia cervicale. Risultati alterati dei test di

<p>Dott.ssa Lugaresi Laura Dott.ssa Monterubbianesi Maria Cristina Dott.ssa Parma Tiziana Dott.ssa Venturi Valentina Dott.ssa Zanetti Daniela</p>	<p>screening sono inoltre associati a danni psicologici, ansia e angoscia. 11) Non prescrivere antibiotici per l'otite media in bambini di età compresa tra 2 e 12 anni con sintomi non gravi in cui è ragionevole l'opzione dell'osservazione, cioè il rinvio del trattamento antibatterico di bambini selezionati per 48 fino a 72 ore e limitando la gestione a un sollievo dai sintomi. La decisione di osservare o trattare dipende dall'età del bambino, dalla certezza diagnostica e dalla gravità della malattia. 12) Non eseguire di routine un cistoureterogramma da svuotamento (Vcug) in una prima infezione febbrile del tratto urinario (Uti) in bambini dai 2 ai 24 mesi. I rischi associati alle radiazioni (più il disagio e i costi della procedura) superano il rischio di ritardare la rilevazione dei pochi bambini con anomalie urogenitali correggibili alla loro seconda Uti.</p>
<p>Osservatorio Misto Ordine dei Medici/ I.N.P.S.</p>	<p>13) Non richiedere di routine lo screening per il cancro alla prostata utilizzando il test dell'antigene prostatico specifico (Psa) o l'esame rettale digitale. Ci sono prove convincenti che lo screening del Psa porta a un sostanziale eccesso di diagnosi di tumori della prostata, molti dei quali non dannosi per i pazienti, mentre i rischi del trattamento sono significativi. 14) Non richiedere lo screening degli adolescenti per la scoliosi. Non vi è alcuna prova che tale screening su soggetti asintomatici rilevi una scoliosi idiopatica in uno stadio più precoce rispetto a un rilevamento senza screening. I potenziali danni dello screening e del trattamento di adolescenti includono visite di follow-up non necessarie, indagini dovute a falsi positivi ed effetti avversi psicologici. 15) Non richiedere un esame pelvico o un altro esame fisico per prescrivere farmaci contraccettivi orali. Questi ultimi sono sicuri, efficaci e ben tollerati per la maggior parte delle donne. La prescrizione sicura di un contraccettivo non richiede un esame pelvico o del seno e si basa sulla storia medica e sulla misurazione della pressione arteriosa.</p>
<p>Dott. Balistreri Fabio Dott. Pascucci Gian Galeazzo Dott. Ragazzini Marco Dott. Poggi Enzo Dott. Severi Daniele Dott.ssa Zoli Romina</p>	
<p>Gruppo Culturale OMCeO Forlì-Cesena</p>	<p>Le cinque richieste di analisi più inutili in genetica medica</p>
<p>Coordinatore: Dott. Giorgi Omero</p>	<p>L'American college of medical genetics and genomics (Acmg) ha messo a punto le "5 pratiche che medici e pazienti dovrebbero rimettere in discussione" in quanto inutili, costose e a volte dannose. Ecco le 5 raccomandazioni più importanti secondo i genetisti d'Oltreoceano:</p>
<p>Dott. Borroni Ferdinando Dott.ssa Gunelli Roberta Dott. Milandri Massimo Dott. Vergoni Gilberto</p>	<p>1) Non ordinare la ripetizione di un test genetico per una malattia ereditaria a meno che non vi sia incertezza circa la validità del risultato del test esistente. Prima di richiedere un test genetico per una malattia ereditaria, il fornitore di cure dovrebbe chiedere informazioni al paziente su test genetici pregressi e rivedere la cartella clinica in relazione ai test genetici precedentemente eseguiti. La ripetizione di un test genetico dovrebbe essere presa in considerazione se il risultato attuale è incompatibile con la presentazione clinica di un individuo o se la metodologia del test è cambiata e può produrre un risultato diverso dal rapporto originale che potrebbe incidere sulla gestione del paziente. 2) Non richiedere test genetici dell'Apoe come test predittivo per la malattia di Alzheimer. L'Apoe è un gene di suscettibilità per la malattia di Alzheimer (Ad) a esordio tardivo, la causa più comune di demenza. La presenza di un allele epsilon-4 non è condizione necessaria né sufficiente a provocare Ad. Il rischio relativo conferito dall'allele epsilon-4 è confuso dalla presenza di altri alleli di rischio, dal genere, dall'ambiente e probabilmente dall'etnia. La genotipizzazione dell'Apoe per la predizione del rischio di Ad ha limitata utilità clinica e scarso valore predittivo. 3) Non richiedere test di analisi di mutazione del Mthfr per la valutazione del rischio di trombofilia ereditaria. Le comuni varianti del gene Mthfr, 677C>T e 1298A>G, sono prevalenti nella popolazione generale. Recenti meta-analisi hanno smentito un'associazione tra la presenza di queste varianti e la tromboembolia venosa. 4) Non ordinare test genetici Hfe per un paziente senza sovraccarico di ferro o una storia familiare di emocromatosi ereditaria Hfe-associata. La maggior parte delle emocromatosi ereditarie è dovuta a trasmissione verticale di mutazioni del gene Hfe. Tali mutazioni sono comuni tra gli individui di origine europea, tuttavia, solo una piccola percentuale di individui con queste mutazioni sviluppano la malattia clinica. Altri fattori, genetici e non genetici, contribuiscono all'espressione della malattia. La genotipizzazione di Hfe deve essere eseguita solo tra gli individui con sovraccarico di ferro (per esempio, elevata saturazione della transferrina a digiuno [>45%]) o di una storia familiare nota di emocromatosi ereditaria Hfe-associata. 5) Non richiedere il sequenziamento dell'esoma o del genoma prima di avere ottenuto un consenso informato che preveda la possibilità di risultati secondari. La discussione del consenso informato per il sequenziamento dell'esoma e del genoma dovrebbe includere la possibilità di risultati secondari non collegati all'indicazione per il test. Inoltre, prima di ordinare uno di questi test, occorre rivedere con il paziente i potenziali benefici (per esempio, la conferma di una diagnosi genetica sospetta), i danni potenziali (quali problemi psicosociali), i limiti delle analisi (come la possibilità di non rilevare una mutazione), le implicazioni dei risultati del test per i membri della famiglia e le alternative al sequenziamento dell'esoma o del genoma.</p>
<p>Gruppo di Lavoro Emergenza Territoriale Dott.ssa Baldini Michela Dott. Berti Alessandro Dott. Farabegoli Enrico Dott.ssa Raggi Angelica Dott. Todeschini Roberto</p>	
	<p>Le pratiche da evitare in radioterapia oncologica raddoppiano</p>

Nell'ambito di "Choosing wisely" (scegliendo saggiamente) varie società scientifiche, dopo aver già aderito stilando la propria "Top 5 list", hanno ritenuto opportuno tornare sulla propria disciplina con un elenco di "five more things physicians and patients should question". Tra queste vi è l'Astro (American society for radiation oncology). Ecco quanto raccomandato nei nuovi 5 punti:

1) Non raccomandare una terapia radiante a seguito di isterectomia a pazienti affette da cancro endometriale con malattia a basso rischio. a) Le donne con tumore dell'endometrio a basso rischio - come nessuna malattia residua all'isterectomia nonostante biopsia positiva, di grado 1 o 2 con invasione del miometrio <50% e nessuna caratteristica aggiuntiva di alto rischio quali età > 60 anni, invasione dello spazio linfovascolare o coinvolgimento cervicale - hanno un rischio molto basso di recidiva dopo l'intervento. b) Studi di meta-analisi di radioterapia per cancro endometriale a basso rischio dimostrano un aumento degli effetti collaterali senza alcun beneficio in termini di sopravvivenza globale a confronto della sola chirurgia.

2) Non offrire di routine radioterapia per i pazienti che hanno subito una resezione di carcinoma polmonare non a piccole cellule (Nslc) con margini negativi e malattia allo stadio N0-1. a) Per i pazienti con Nslc in stadio precoce sono disponibili diverse opzioni di gestione dopo l'intervento. Queste opzioni comprendono: la sorveglianza, la chemioterapia e la radioterapia. b) Due studi di meta-analisi di radioterapia post-operatoria nei primi mesi di Nslc con malattia linfonodo negativa o N1 suggeriscono un aumento degli effetti collaterali senza benefici per la sopravvivenza libera da malattia o di sopravvivenza generale rispetto alla sorveglianza. c) I pazienti con margini positivi dopo l'intervento chirurgico possono beneficiare di radioterapia post-operatoria per migliorare il controllo locale indipendentemente dallo stato della loro malattia linfonodale.

3) Non avviare una terapia radiante non-curativa senza definire gli obiettivi del trattamento con il paziente e non considerando l'invio a un palliativista. a) Obiettivi ben definiti di terapia sono associati a un miglioramento della qualità di vita e una migliore comprensione da parte dei pazienti e dei loro fornitori di cure. b) Le cure palliative possono essere somministrate in concomitanza con le terapie anti-cancro.

c) Un precoce intervento con cure palliative può migliorare gli outcome del paziente, compresa la sopravvivenza.

4) Non consigliare di routine mammografie di follow-up più di una volta all'anno in donne che hanno avuto una radioterapia in seguito a intervento chirurgico conservativo alla mammella. a) Gli studi indicano che le mammografie annuali rappresentano la frequenza appropriata per la sorveglianza delle pazienti con cancro al seno che hanno avuto chirurgia conservativa al seno e radioterapia, senza nessun chiaro vantaggio per intervalli di imaging più brevi. b) Le pazienti dovrebbero attendere 6-12 mesi dopo il completamento della terapia radiante prima di iniziare la sorveglianza mammografica annuale. c) Reperti sospetti all'esame fisico o all'imaging in fase di sorveglianza potrebbero giustificare un intervallo più breve tra le mammografie.

5) Non aggiungere di routine la radioterapia adiuvante dell'intero cervello alla radiochirurgia stereotassica per metastasi cerebrali limitate. a) Studi randomizzati hanno dimostrato che non vi è un beneficio in termini di sopravvivenza globale dall'aggiunta di una terapia radiante 'whole brain' (WBRT) alla radiochirurgia stereotassica (SRS) nella gestione di pazienti selezionati con buon performance status e metastasi cerebrali da tumori solidi. b) L'aggiunta di WBRT a SRS è associata a una diminuzione delle funzioni cognitive e a peggiori fatigue e qualità della vita riferite dal paziente. Questi risultati sono coerenti con il peggioramento della funzione cognitiva auto-riferita e dalle diminuite capacità verbali osservate in studi randomizzati di irradiazione cranica preventiva per carcinoma polmonare a piccole cellule.

I pazienti trattati con radiochirurgia per metastasi cerebrali possono sviluppare metastasi in altre parti del cervello. Un'attenta sorveglianza e un ricorso giudizioso alla terapia di salvataggio al momento della recidiva cerebrale consente ai pazienti del caso di godere della più alta qualità della vita senza un detrimento generale della sopravvivenza. I pazienti dovrebbero discutere di queste opzioni con il loro radioterapista.

Le 5 principali pratiche non appropriate in pediatria perinatale

L'American academy of pediatrics (Aap) ha già aderito a "Choosing wisely", ed ha poi ritenuto opportuno stilare un'ulteriore "Top 5 list" specificamente redatta dalla sua sezione di pediatria perinatale, un settore molto specialistico ma di grande rilevanza clinica. Ecco le 5 raccomandazioni:

1) Evitare l'uso routinario di farmaci anti-reflusso per il trattamento di sintomi da malattia da reflusso gastroesofageo (Gerd) o per il trattamento di apnea e desaturazione nei nati prematuri. Il reflusso gastroesofageo è normale nei neonati e vi sono scarse evidenze che provochi apnea e desaturazione. Allo stesso modo, vi sono scarsi supporti scientifici per l'uso di H2-antagonisti, inibitori di pompa protonica e agenti che regolano la motilità gastrica per il trattamento del reflusso sintomatico. È importante sottolineare che diversi studi dimostrano come l'uso di questi farmaci possa avere effetti avversi come associazioni con enterocolite necrotizzante, infezioni e, a volte, emorragia intraventricolare e mortalità.

2) Evitare la continuazione routinaria della terapia antibiotica oltre le 48 ore in neonati inizialmente asintomatici senza evidenza di infezione batterica. Non si sono prove sufficienti per sostenere il trattamento antibiotico per più di 48 ore per escludere un'infezione batterica in nati asintomatici a termine e pretermine. Gli attuali sistemi di emocoltura identificano la grande maggioranza degli

organismi patogeni entro 48 ore. L'uso prolungato di antibiotici può associarsi a enterocolite necrotizzante e decesso in neonati con peso alla nascita estremamente basso.

3) Evitare l'uso di routine di pneumogrammi per la valutazione prima della dimissione ospedaliera di apnea della prematurità in corso e/o prolungata. Eventi cardio-respiratori sono comuni nei nati sia a termine sia pretermine. Nonostante vi possa essere un ruolo per gli pneumogrammi in casi selezionati nei quali l'eziologia degli eventi è dubbia, l'impiego routinario di questi esami non ha dimostrato di ridurre gli eventi acuti potenzialmente letali o la mortalità.

4) Evitare di ricorrere abitualmente a radiografie (Rx) del torace quotidiane senza un'indicazione in neonati intubati. Anche se Rx torace intermittenti possono identificare reperti inattesi, non ci sono prove che documentino l'efficacia questa pratica nel ridurre outcome avversi. Pratica che, peraltro, è associata a una maggiore esposizione alle radiazioni.

5) Evitare lo screening routinario con risonanza magnetica (Rm) all'età termine-equivalente o alla dimissione nei nati pretermine. I risultati Rm all'età termine-equivalente sono correlati con gli outcome dello sviluppo neurologico alla dimissione e a 2 e 5 anni di età. Tuttavia non vi sono prove sufficienti sul fatto che l'uso routinario dello screening della Rm cerebrale all'età termine-equivalente o alla dimissione nei neonati pretermine migliori l'outcome a lungo termine.

Le prime 5 pratiche da evitare in chirurgia plastica

Anche l'American society of plastic surgeons (Asps) ha individuato una serie di "5 pratiche che medici e pazienti dovrebbero rimettere in discussione" perché considerate dalla stessa società scientifica inutili se non deleterie, sotto il profilo sia clinico sia economico-sanitario. Ecco quanto i chirurghi plastici statunitensi hanno ritenuto prioritario nella propria "Top 5 list".

1) Evitare di eseguire mammografie di routine prima di interventi chirurgici al seno. Una mammografia dovrebbe essere prescritta in base alle raccomandazioni delle linee guida di pratica clinica esistenti nel caso di pazienti avviate a chirurgia mammaria, incluse la mastoplastica additiva non complicata, la mastopessi e la mastoplastica riduttiva. Le linee guida di pratica clinica in vigore raccomandano mammografie di screening annuali per pazienti di specifici gruppi di età. Non ci sono raccomandazioni per pazienti avviate a chirurgia elettiva del seno di sottoporsi a un ulteriore screening a meno che non emergano dati anamnestici o riscontri durante l'esame obiettivo che suggeriscano la necessità di ulteriori indagini.

2) Evitare l'uso di drenaggi nella mastoplastica riduttiva. Nonostante il drenaggio della ferita possa ridurre al minimo la quantità di liquido nel sito chirurgico non vi sono prove sulla necessità dell'uso di drenaggi. Le evidenze indicano anche che l'utilizzo di drenaggi non aumenta né riduce le complicanze postoperatorie, causa un maggiore disagio alla persona operata e probabilmente aumenta la durata della degenza ospedaliera. In pazienti che hanno subito una liposuzione come tecnica aggiuntiva alla riduzione del seno, la decisione di ricorrere a drenaggi è lasciata alla discrezione del chirurgo.

3) Evitare l'effettuazione di mammografie - routinarie e come follow-up - di mammelle ricostruite dopo mastectomia. Le prove indicano che l'esame clinico è sufficiente per rilevare una recidiva locale tumorale nelle pazienti sottoposte a ricostruzione del seno dopo mastectomia completa. Le attuali linee guida di pratica clinica raccomandano esami clinici periodici per il rilevamento del tumore al seno e studi di imaging non sono raccomandati come componente della sorveglianza di routine. Tuttavia, la diagnostica per immagini è indicata se vi sono segni clinici o motivi di timore per recidive. La mammografia, inoltre, è ancora raccomandata nei casi di ricostruzione del seno dopo mastectomia parziale o lumpectomia. È anche importante continuare a effettuare una mammografia del seno controlaterale in donne che hanno avuto una mastectomia unilaterale.

4) Evitare l'esecuzione di radiografie (Rx) semplici in caso di trauma facciale. Le prove indicano che attualmente la tomografia computerizzata (Tc) maxillo-facciale è disponibile nella maggior parte dei centri traumatologici ed è il metodo più sensibile per il rilevamento delle fratture. Le evidenze indicano anche che l'uso di Rx planari non migliora la qualità delle cure, determina esposizioni inutili alle radiazioni e comporta un aumento considerevole dei costi. (Il ricorso all'Rx planare è utile, invece, per la diagnosi e il trattamento in caso di lesione o trauma dentale e/o mandibolare isolati).

5) Evitare di continuare la profilassi antibiotica per più di 24 ore dopo una procedura chirurgica. Le attuali evidenze indicano che la sospensione della profilassi antibiotica entro 24 ore dall'intervento è sufficiente a prevenire l'infezione del sito chirurgico rispetto a un prolungamento della somministrazione oltre 24 ore dopo l'operazione. L'uso prolungato di antibiotici può aumentare la comparsa di batteri resistenti e aumentare il rischio di altre infezioni. (Questa raccomandazione è supportata anche dal 'Surgical care improvement project', una partnership qualitativa americana tra organizzazioni interessate a migliorare le cure chirurgiche attraverso una significativa riduzione delle complicanze operatorie). Nei casi in cui un drenaggio chirurgico è posto accanto a un dispositivo protesico (protesi mammaria o espansore tissutale), non vi sono prove sufficienti per raccomandare la sospensione del trattamento antibiotico e pertanto la decisione è lasciata alla discrezionalità del chirurgo. (Questa raccomandazione non si applica alle procedure di chirurgia cardiotoracica).

5 nuove pratiche da evitare in medicina di laboratorio

L'American society for clinical pathology (Ascp) si occupa di analisi cliniche e ha già aderito a "Choosing wisely" Recentemente, la stessa Ascp, ha deciso di proporre una seconda "Top 5 list", integrandola alla precedente in un'unica "Top 10 list". Ecco le nuove 5 raccomandazioni.

1) Non richiedere la velocità di eritrosedimentazione (Ves) per valutare la presenza di infiammazione in pazienti con condizioni cliniche non diagnosticate. Per rilevare un'infiammazione in fase acuta ordinare la misurazione della proteina C-reattiva (Crp). Quest'ultima riflette in modo più sensibile e specifico la fase acuta dell'infiammazione rispetto alla Ves. Nelle prime 24 ore di un processo patologico, la Crp sarà elevata mentre la Ves può risultare normale. Se la fonte di infiammazione viene rimossa, la Crp tornerà normale entro un giorno o due laddove la Ves rimarrà elevata per diversi giorni finché l'eccesso di fibrinogeno non viene rimosso dal siero.

2) Non testare i livelli di vitamina K a meno che il paziente abbia un Inr (rapporto internazionale normalizzato) anomalo e non risponda alla terapia con vitamina K. Misurazioni del livello di vitamina K nel sangue sono raramente utilizzate per determinare se vi sia un deficit. La carenza di vitamina K è molto rara ma, quando si verifica, determina un prolungamento del tempo di protrombina (PT) e un elevato Inr. La diagnosi è posta tipicamente osservando la correzione del PT dopo somministrazione di vitamina K, oltre alla presenza di fattori di rischio clinico per carenza di vitamina K.

3) Non prescrivere terapia sostitutiva con testosterone a meno che non vi siano prove di laboratorio di carenza dell'ormone. Con l'aumentata incidenza di obesità e diabete, vi può essere un numero crescente di uomini anziani con bassi livelli di testosterone che non soddisfano pienamente i criteri diagnostici o sintomatici di ipogonadismo. Le linee guida cliniche attuali raccomandano di fare diagnosi di carenza di androgeni solo in uomini con sintomi e segni abbinati in modo coerente con livelli inequivocabilmente bassi di testosterone sierico. Il dosaggio di quest'ultimo dovrebbe essere richiesto soltanto per i pazienti che presentano segni e sintomi di carenza di androgeni.

4) Non testare la mioglobina o la Ck-Mb (isoenzima cardiaco della creatinchesi) nella diagnosi di infarto acuto del miocardio (Ima). Ricorrere, invece, alla troponina I o T. A differenza di Ck-Mb e mioglobina, il rilascio di troponina I o T è specifico per il danno cardiaco. In seguito a Ima, la troponina viene rilasciata prima della Ck-Mb e compare nel sangue altrettanto precocemente, se non prima, della mioglobina. Circa il 30% dei pazienti che prova dolore toracico a riposo con un valore normale di Ck-Mb riceve una diagnosi di Ima quando viene valutato utilizzando le troponine. Le misurazioni puntiformi della troponina equivalgono alle dimensioni dell'infarto, utili per la determinazione della gravità dell'Ima. Di conseguenza, vi sono molte evidenze a supporto di una diagnosi di Ima basata unicamente sulla troponina con abbandono dell'uso di Ck-Mb e altri biomarcatori.

5) Non ordinare test multipli nella valutazione iniziale di un paziente con sospetta malattie della tiroide non neoplastica. Prescrivere il dosaggio del Tsh (ormone tireostimolante e tireotropina) e, se alterato, condurre un follow-up con valutazione o trattamenti aggiuntivi a seconda dei risultati. Il test del Tsh è in grado di rilevare malattie subcliniche della tiroide nei pazienti senza sintomi di disfunzione tiroidea. Un valore di Tsh entro l'intervallo di riferimento esclude la maggior parte dei casi di malattia tiroidea primaria conclamata. Se il Tsh è anormale, confermare la diagnosi richiedendo la tiroxina libera (T4).

Anche in pediatria le pratiche da evitare da cinque diventano dieci

Anche l'American academy of pediatrics (Aap) ha deciso di stilare una seconda "Top 5 list", integrandola alla precedente. Ecco le ulteriori 5 raccomandazioni proposte dai pediatri statunitensi:

1) Non prescrivere alte dosi di desametasone (0,5 mg/kg al giorno) per la prevenzione o il trattamento della displasia broncopolmonare nei neonati pretermine. Alte dosi di desametasone non sembrano conferire un beneficio terapeutico aggiuntivo rispetto a dosi più basse e non sono raccomandate. Alte dosi del farmaco sono anche state associate a numerosi eventi avversi a breve e lungo termine, tra i quali una riduzione dello sviluppo neurologico.

2) Non eseguire pannelli di screening per allergie alimentari (test delle IgE) senza un esame preliminare della storia medica. Tale richiesta non è consigliata. Il riscontro di una sensibilizzazione (ovvero un test positivo) senza un'allergia clinica è comune. Per esempio, circa l'8% della popolazione ha un test positivo per le arachidi ma solo circa l'1% di questa è realmente allergica e manifesta sintomi dopo l'ingestione. Quando i sintomi suggeriscono un'allergia alimentare, i test dovrebbero essere selezionati sulla base di un'accurata anamnesi.

3) Evitare l'uso di bloccanti degli acidi e di agenti della motilità gastrica quali metoclopramide (generico) per reflusso gastroesofageo fisiologico (Ger) che avviene senza sforzo, è indolore e non influenza la crescita. Non utilizzare farmaci nel cosiddetto "rigurgitante felice" (happy-spitter). Ci sono scarse prove che il Ger sia un agente causale in molte condizioni, anche se il reflusso può essere un'associazione comune. Vi sono prove crescenti che i bloccanti degli acidi e gli agenti sulla motilità come metoclopramide non siano efficaci nel GER fisiologico. Sequele a lungo termine del Ger infantile sono rare e vi sono scarse evidenze che il blocco acido riduca tali sequele. L'imaging radiografico di routine della funzionalità del tratto gastrointestinale superiore per porre diagnosi di Ger o di malattia da reflusso gastroesofageo (Gerd) non è giustificato. I genitori devono essere informati che il Ger è normale nei bambini. Solo il Ger che risulta associato a scarsa crescita o a

sintomi respiratori significativi dovrebbe essere ulteriormente valutato.

4) Evitare l'uso di colture di "sorveglianza" per lo screening e il trattamento di una batteriuria asintomatica. Vi sono minime prove che le colture di sorveglianza delle urine o il trattamento di una batteriuria asintomatica apportino benefici. Le colture di sorveglianza sono costose e producono sia falsi positivi sia falsi negativi. Il trattamento di una batteriuria asintomatica aumenta anche l'esposizione agli antibiotici, che costituisce un fattore di rischio per successive infezioni con un organismo resistente. Ciò risulta anche in un uso eccessivo di antibiotici nella comunità e può anche portare a imaging non necessario.

5) Il monitoraggio domiciliare di apnea infantile per evitare la sindrome della morte improvvisa del lattante (Sids) non dovrebbe essere utilizzato di routine. Non vi sono prove che l'uso di monitor domiciliari di apnea infantile riducano l'incidenza di Sids; tuttavia potrebbero essere strumenti validi in bambini selezionati a rischio di apnea o di eventi cardiovascolari dopo la dimissione ospedaliera, ma non dovrebbero essere utilizzati di routine.

5 nuove pratiche inappropriate in medicina della riproduzione

Dopo la prima "Top 5 list" ne arriva una seconda anche l'American society for reproductive medicine (Asrm) sempre nell'ambito della iniziativa Choosing wisely. Ecco le nuove 5 raccomandazioni degli specialisti Usa in medicina della riproduzione:

- 1) Non richiedere un cariotipo come parte integrante della valutazione iniziale per amenorrea. L'assenza di mestruazioni può essere attribuita a molte cause e un'analisi cromosomica non è indicata come test iniziale per amenorrea in quanto non è un test di screening. Tuttavia è indicata per valutare in modo più approfondito l'eziologia di un livello elevato di ormone follicolo-stimolante (Fsh) in una donna sotto i 40 anni di età o in presenza di reperti fisici suggestivi di disordini dello sviluppo sessuale.
- 2) Non prescrivere testosterone o prodotti a base di testosterone a uomini che prevedano/tentano di rendere una donna gravida. La terapia con testosterone è ampiamente usata come trattamento per ipoandrogenismo e sintomi associati come disfunzioni sessuali. Tuttavia, è ben acclarato che il testosterone esogeno e altri androgeni possono portare a ridotta o assente produzione di sperma, basso numero di spermatozoi e infertilità. Per di più ciò non sempre è reversibile, anche dopo la sospensione degli androgeni esogeni.
- 3) Non richiedere i livelli di Fsh in donne nella quarta decade di vita per identificare la transizione menopausale come causa di irregolare o anormale sanguinamento mestruale. I pattern di sanguinamento mestruale nelle donne dopo i 40 anni sono meno prevedibili rispetto alle donne di età inferiore a causa della normale transizione menopausale. La menopausa è definita come assenza di periodi mestruali per un anno quando nessun'altra causa può essere identificata. Durante questo periodo i livelli ematici di FSH variano sia da donna a donna e da un giorno all'altro nella stessa donna. Un livello di FSH non è predittivo riguardo a quando la transizione verso la menopausa si verifica, non permette di diagnosticare l'inizio della menopausa né permette di fornire rassicurazioni sul fatto che la contraccezione non è più necessaria. Se non ci sono altre cause di sanguinamento irregolare o anormale, il trattamento per queste donne non cambia in base al livello di FSH.
- 4) Non far eseguire una biopsia endometriale nella valutazione routinaria di infertilità. La biopsia endometriale eseguita per raccogliere dati istologici non distingue donne fertili da donne infertili. Un'endometrite cronica alla biopsia endometriale non è predittiva di probabilità di gravidanza in generale, né è associata a tassi di vivinatalità in cicli di tecniche di riproduzione assistita. La biopsia endometriale non dovrebbe essere utilizzata nella valutazione di routine di infertilità.
- 5) Non far eseguire il test della prolattina come parte integrante della valutazione routinaria dell'infertilità in donne con mestruazioni regolari. È diventata pratica comune richiedere i livelli di prolattina nella valutazione di routine dell'infertilità. Tuttavia, non vi è alcuna ragione di aspettarsi che una donna debba mostrare livelli di prolattina elevati in modo clinicamente significativo in presenza di cicli mestruali normali e senza galattorrea. Pertanto il test dei livelli sierici di prolattina in una donna mestruada normalmente senza galattorrea non fornisce alcun beneficio e non determina alcun impatto sulla gestione clinica.

5 nuove pratiche inappropriate in medicina della riproduzione

Anche l'American society for reproductive medicine (Asrm) ha individuato 5 nuove raccomandazioni degli specialisti Usa in medicina della riproduzione:

- 1) Non richiedere un cariotipo come parte integrante della valutazione iniziale per amenorrea. L'assenza di mestruazioni può essere attribuita a molte cause e un'analisi cromosomica non è indicata come test iniziale per amenorrea in quanto non è un test di screening. Tuttavia è indicata per valutare in modo più approfondito l'eziologia di un livello elevato di ormone follicolo-stimolante (Fsh) in una donna sotto i 40 anni di età o in presenza di reperti fisici suggestivi di disordini dello sviluppo sessuale.
- 2) Non prescrivere testosterone o prodotti a base di testosterone a uomini che prevedano/tentano di rendere una donna gravida. La terapia con testosterone è ampiamente usata come trattamento per ipoandrogenismo e sintomi associati come disfunzioni sessuali. Tuttavia, è ben acclarato che il

testosterone esogeno e altri androgeni possono portare a ridotta o assente produzione di sperma, basso numero di spermatozoi e infertilità. Per di più ciò non sempre è reversibile, anche dopo la sospensione degli androgeni esogeni.

3) Non richiedere i livelli di Fsh in donne nella quarta decade di vita per identificare la transizione menopausale come causa di irregolare o anormale sanguinamento mestruale. I pattern di sanguinamento mestruale nelle donne dopo i 40 anni sono meno prevedibili rispetto alle donne di età inferiore a causa della normale transizione menopausale. La menopausa è definita come assenza di periodi mestruali per un anno quando nessun'altra causa può essere identificata. Durante questo periodo i livelli ematici di FSH variano sia da donna a donna e da un giorno all'altro nella stessa donna. Un livello di FSH non è predittivo riguardo a quando la transizione verso la menopausa si verifica, non permette di diagnosticare l'inizio della menopausa né permette di fornire rassicurazioni sul fatto che la contraccezione non è più necessaria. Se non ci sono altre cause di sanguinamento irregolare o anormale, il trattamento per queste donne non cambia in base al livello di FSH.

4) Non far eseguire una biopsia endometriale nella valutazione routinaria di infertilità. La biopsia endometriale eseguita per raccogliere dati istologici non distingue donne fertili da donne infertili. Un'endometrite cronica alla biopsia endometriale non è predittiva di probabilità di gravidanza in generale, né è associata a tassi di vivinatalità in cicli di tecniche di riproduzione assistita. La biopsia endometriale non dovrebbe essere utilizzata nella valutazione di routine di infertilità.

5) Non far eseguire il test della prolattina come parte integrante della valutazione routinaria dell'infertilità in donne con mestruazioni regolari. È diventata pratica comune richiedere i livelli di prolattina nella valutazione di routine dell'infertilità. Tuttavia, non vi è alcuna ragione di aspettarsi che una donna debba mostrare livelli di prolattina elevati in modo clinicamente significativo in presenza di cicli mestruali normali e senza galattorrea. Pertanto il test dei livelli sierici di prolattina in una donna mestruada normalmente senza galattorrea non fornisce alcun beneficio e non determina alcun impatto sulla gestione clinica.