



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

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

ENPAM: SERVIZIO DI VIDEO CONSULENZA Giovedì 14 luglio 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.

dei Revisori dei
Conti:

Presidente:

Dott. Tolomei
Pierdomenico

Revisori:

Dott. Gardini Marco
Dott.ssa Zanetti
Daniela

Revisore supplente:

Dott. Costantini
Matteo

**Commissione
Comunicazione
ed Informazione:**

Coordinatore:

Dott. Pascucci Gian
Galeazzo

Dott. Costantini
Matteo

Dott. Fabbroni
Giovanni
Dott.ssa Gunelli
Roberta

Dott. Lucchi Leonardo
Dott.ssa Sapigni Licia

**Commissione per
l'aggiornamento
professionale**

Coordinatore

Dott. De Vito Andrea

Dott. Amadei Enrico
Maria

Dott. Costantini
Matteo

Dott. Galassi Andrea
Dott. Gardini Marco
Dott.ssa Gunelli
Roberta

Dott. Simoni Claudio
Dott.ssa Sirri Sabrina
Dott.ssa Vaienti
Francesca
Dott. Verdi Carlo
Dott. Vergoni Gilberto

**Commissione per le
MNC**

Coordinatore

Dott. Tolomei
Pierdomenico

CONSULCESI POINT

Martedì 3 maggio 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 3 maggio 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, 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** un appuntamento tramite la segreteria dell'Ordine.

SERVIZIO DI CONSULENZA FISCALE

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

Costo per singola seduta:

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

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

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

SPORTELLO DEL CITTADINO

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

[continua](#)

CONVENZIONI STIPULATE DALL'ORDINE CON ESERCIZI COMMERCIALI

Dott. Balistreri Fabio
Dott. Bravi Matteo
Dott. Micucci
Ermanno
Dott. Milandri
Massimo
Dott.ssa Piastrelloni
Margherita
Dott. Roberti di
Sarsina Paolo
Dott. Selli Arrigo

**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

Si comunica che l'Ordine sta stipulando diverse convenzioni con esercizi commerciali della Provincia. Dietro presentazione della tessera di iscrizione all'Ordine saranno praticati agevolazioni e sconti come indicato. Per vedere gli esercizi già convenzionati basta andare nel sito internet dell'Ordine sezione CONVENZIONI, oppure [cliccare qui](#)

L'elenco è in costante aggiornamento.

Corsi e Congressi

Ordine Medici FC

Malformazioni congenite e acquisite del volto: percorsi organizzativi, definizione diagnostica e trattamento

Forlì, 5 maggio 2016, ore 20.00
Sala Conferenze
Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano – Forlì
[Programma](#)

Ordine Medici FC – Ordine Medici RA – Ordine Medici RN

La prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia

Cesena, 28 maggio 2016, ore 08.30
Technogym Village - Via Calcinaro
[Programma](#)

Ordine Medici FC

Le nuove terapie nella Sclerosi Multipla

Forlì, 9 giugno 2016, ore 20.00
Sala Conferenze
Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano – Forlì
[Programma](#)

Patrocini Ordine

Ausl Romagna

Pelvis romandiola Convegno di aggiornamento della Romagna in pelviperineologia

Bertinoro, 29 aprile 2016, ore 08.30
CEUB

Dott.ssa Bazzocchi
Maria Giulia
Dott.ssa Bolognesi
Diletta
Dott.ssa Casadei
Laura
Dott. Costantini
Matteo
Dott. Moschini Selene
Dott. Natali Simone
Dott.ssa Pavesi
Alessandra
Dott.ssa Stagno
Francesca
Dott.ssa Vaienti
Francesca

**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

[programma preliminare](#)

Ausl Romagna – U.O. Geriatria

**Curare la demenza a domicilio:
l'importanza degli interventi psicosociali non farmacologici**

Forlì, 5 maggio 2016 ore 14.00
Ospedale Morgagni Pierantoni – Sala Pieratelli
0543731864

**Congresso ACOI Misurati e trasparenti - DRG e PNE:
come mandare dati corretti**

Forlì, 6 maggio 2016 ore 9.00
Ospedale Morgagni Pierantoni – Sala Pieratelli
<http://www.comunicazioneventi.it>

**Convegno Breast IRST 2016: Terapia Neoadiuvante in Area Vasta
Romagna**

Forlì, 13 maggio 2016 ore 8.00
Hotel Globus
[informazioni](#)

**I corso dell'apparato digerente GIPAD/GIRCG.
La standardizzazione del referto istologico**

Forlì, 20 maggio 2016
Ospedale G. B: Morgagni - Viale Forlanini 34
[continua](#)

La terapia infiltrativa nell'ambulatorio di Medicina del Dolore

Forlì, 24 maggio 2016
Fisiology Center - Via Grigioni, 2
0543 797018

Epatite C. E' sconfitta?

Forlì, 25 maggio 2016
Ospedale G. B: Morgagni - Viale Forlanini 34
[informazioni](#)

FADOI Romagna

Dai trials al paziente reale

**Commissione
ENPAM per
accertamenti di
Invalidità**

Presidente:

Dott. Tonini Maurizio

Dott. Nigro Giampiero
Dott. Verità Giancarlo

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

Coordinatore:

Dott.ssa Zambelli
Liliana

Dott.ssa Fusconi Mila
Dott.ssa Lugaresi
Laura

Dott.ssa
Monterubbianesi

Maria Cristina
Dott.ssa Parma
Tiziana

Dott.ssa Venturi
Valentina

Dott.ssa Zanetti
Daniela

**Osservatorio Misto
Ordine dei Medici/
I.N.P.S.**

Dott. Balistreri Fabio
Dott. Pascucci Gian
Galeazzo
Dott. Ragazzini Marco

Dott. Poggi Enzo
Dott. Severi Daniele
Dott.ssa Zoli Romina

**Gruppo Culturale
OMCeO Forli-
Cesena**

Coordinatore:

Dott. Giorgi Omero

Dott. Borroni
Ferdinando

Dott.ssa Gunelli
Roberta

Dott. Milandri
Massimo

Dott. Vergoni Gilberto

Faenza, 10 giugno 2016
Hotel Cavallino
[informazioni](#)

Evidenze cliniche nell'uso degli oppioidi in terapia del dolore

Forlì, 11 ottobre 2016
Fisiology Center - Via Grigioni, 2
0543 797018

NOTIZIARIO SPECIALE APPROPRIATEZZA 28-04-16

Anche questo mese inviamo a tutti gli iscritti un'altra Edizione Speciale del nostro Notiziario, con articoli e lavori clinici dedicati a tematiche di appropriatezza clinica, sia in caso di procedure e terapie abbastanza comuni o di nuova applicazione. Il numero odierno è concentrato soprattutto sul concetto "less is more" e sulla attenzione alla riduzione di accertamenti e terapia croniche, soprattutto ai nostri pazienti più anziani.

Il valore del "less is more" nella razionalizzazione dei trattamenti terapeutici

da 15 Aprile 2016 - AIFA – Agenzia Italiana del Farmaco - *Mario Melazzini - Luca Pani*

La terapia più efficace a volte può essere la "non-terapia". Così nel 1978 KB Thomas, un medico di medicina generale di Portsmouth concludeva il suo articolo pubblicato sul British Medical Journal. Nel testo introduceva per la prima volta il concetto di "illusione terapeutica", la sovrastimata capacità percepita dai clinici di riuscire a identificare i trattamenti terapeutici più efficaci e sentirsi entusiasticamente e fin da subito risolutivi nell'approccio ai disturbi dei loro pazienti, anche in presenza di diagnosi incerta. La tendenza ad intravedere una causalità fra eventi, pur non oggettivamente riscontrabile, è in verità una caratteristica innata e comune in ciascuno di noi. Gli psicologi la definiscono "illusione di controllo", come riporta David Casarett, medico della University of Pennsylvania e autore di un recente approfondimento su questo tema pubblicato sul New England Journal of Medicine. E' un fenomeno che ha diverse sfumature e contesti: ad esempio, è quella sensazione di imbattibilità che prova un giocatore d'azzardo quando compie i propri riti scaramantici prima del lancio dei dadi e che condiziona la sua vita di tutti i giorni. Oppure, l'esaltante attitudine dei volontari di un esperimento a risolvere un problema semplice come accendere la luce di un pannello, ancorché ignari che l'effetto sulla lampadina sarà dettato solo e soltanto dal caso.

Le conseguenze di una simile inclinazione nella pratica clinica non sono banali e molto spesso confluiscono in un proliferare di esami e prescrizioni inutili, il cosiddetto "sovra-trattamento" che da alcuni anni a questa parte si sta cercando di razionalizzare con campagne di sensibilizzazione mirate. "Too much medicine" del BMJ e "Choosing Wisely" lanciata dalla fondazione dell'American Board of Internal Medicine (ABIM Foundation) sono due esempi di iniziative che promuovono una riduzione degli interventi ridondanti in medicina, tramite la divulgazione di raccomandazioni, aggiornamenti di letteratura, il coinvolgimento di società scientifiche e soprattutto quello degli stessi pazienti. Perché spesso non è soltanto l'illusione terapeutica a influenzare le scelte degli operatori sanitari: altre pressioni esterne, come quelle provenienti dai malati o dai loro familiari, concorrono a prescrizioni sovrastimate e a esami eccessivi. Questo rapporto a doppio filo medico-paziente è ben illustrato già da Thomas quasi quarant'anni fa, quando definisce il medico "un potente agente terapeutico di per sé" o ancora "il farmaco più utilizzato nella medicina generale". Perché l'aspettativa che si genera nello studio prima di una visita è ambivalente: c'è l'attesa di una diagnosi e una terapia da parte del paziente e l'inconscia consapevolezza di dover elargire una prescrizione da parte del medico, dettata anche e soprattutto dalla sua naturale volontà di poter curare il soggetto assistito. Un ingiustificato entusiasmo nel trattamento farmacologico da ambo le parti, così lo definisce sempre Thomas, cui spesso non fa seguito un altrettanto interessamento per i suoi esiti.

L'illusione terapeutica può infatti essere complice anche di una sovrastima dei benefici associati ad una particolare terapia, che spesso il caso rinforza con *outcome* positivi in realtà del tutto casuali. A cui a volte si aggiunge la tendenza dei medici a prendere in considerazione solo i risultati che confermano la bontà di una loro scelta terapeutica, tralasciando quelli contrari. Un giusto correttivo

**Gruppo di Lavoro
Emergenza
Territoriale**

Dott.ssa Baldini
Michela
Dott. Berti Alessandro
Dott. Farabegoli
Enrico
Dott.ssa Raggi
Angelica
Dott. Todeschini
Roberto

in questi casi – commenta Casarett - potrebbe consistere nel cercare criticamente altre motivazioni di un miglioramento clinico e non limitarsi a ritenerlo una diretta conseguenza di un trattamento efficace prescritto. Prendere coscienza di questa umana attitudine e imparare a riconoscerla e gestirla è un buon approccio all'applicazione di una medicina basata sulle prove. E tuttavia pensare di ridurre il sovra-trattamento inefficace semplicemente contenendo gli effetti dell'illusione terapeutica vorrebbe dire caderne vittime in un circolo vizioso.

C'è bisogno di una strategia oggetto di future opportune ricerche – insiste Casarett - che razionalizzi in modo oggettivo e con nuovi strumenti l'eccessivo trattamento dei pazienti. E' necessaria una formazione nelle scuole di specializzazione sul tema dell'illusione terapeutica e la diffusione di una "cultura" medica che coinvolga non solo i clinici ma anche il resto degli attori inclusi nel processo di cura.

Un approccio "*patient-centered*" e al contempo "*evidence-informed*" che bilanci l'attenzione particolare al singolo paziente e alle sue esigenze, con il costante raffronto delle scelte terapeutiche alle più ampie e aggiornate evidenze scientifiche. Un metodo personalizzato anche da parte dell'operatore sanitario, che anche grazie alle raccomandazioni e linee guida delle campagne di sensibilizzazione ad un ricorso responsabile ai trattamenti sanitari, arrivi a scegliere saggiamente rivedendo le proprie convinzioni, valutando prove e applicando i criteri euristici in modo obiettivo e rigoroso.

Uso prolungato di inibitori di pompa protonica può portare a danni renali

(da Doctor33) L'uso a lungo termine di farmaci contro l'acidità gastrica può aumentare il rischio di danno renale. È quanto risulta da una ricerca condotta negli Stati Uniti e pubblicata sul "Journal of american society of nephrology". In particolare i ricercatori - guidati da Ziyad Al-Aly, del Clinical epidemiology center presso il Va Saint Louis health care system - fanno riferimento agli inibitori di pompa protonica (Ppi o prazoli), alcuni dei quali acquistabili in farmacia senza obbligo di prescrizione medica. Per tali farmaci gli autori consigliano ai pazienti l'assunzione solo quando medicalmente necessaria e per un tempo non troppo prolungato. Era già stata descritta l'associazione tra uso di Ppi e il rischio di nefrite interstiziale acuta ma non era noto se l'esposizione ai Ppi fosse associata all'incidenza di nefropatia cronica (Ckd), alla sua progressione o alla malattia renale all'ultimo stadio. Per verificare queste eventualità Al-Aly e colleghi hanno fatto uso delle banche dati nazionali del Department of veterans affairs per costruire una coorte principale di nuovi utilizzatori di Ppi (n = 173.321) e una di nuovi utilizzatori di antagonisti dei recettori H2 dell'istamina (H2-antagonisti; n = 20.270) - classe alternativa di farmaci antiacidi qui usati per creare un gruppo controllo. Questi pazienti sono stati poi seguiti per un periodo di 5 anni per accertare gli outcome renali. Al follow-up il gruppo Ppi, rispetto al gruppo H2-antagonisti, ha fatto registrare un aumento del rischio di ridotta funzionalità renale (eGfr <60 ml/min per 1,73 m²) e di Ckd rispettivamente del 22% e 28%.

I pazienti trattati con Ppi hanno inoltre evidenziato un rischio significativamente incrementato (del 53%) di raddoppio della creatinina sierica, oltre a un rischio maggiore del 32% di declino dell'eGfr>30%, fino ad arrivare a un aumento del 96% del rischio di malattia renale all'ultimo stadio (insufficienza renale). Da notare come lo studio abbia rilevato un'associazione graduale tra durata dell'esposizione ai Ppi e il rischio di outcome renali tra i soggetti esposti a questi farmaci per periodi compresi fra 31 e 90 giorni oppure 91 e 180, 181 e 360 o 361 e 720 rispetto ai pazienti esposti per periodi pari o inferiori a 30 giorni. In altre parole, i soggetti che avevano assunto PPI per periodi di tempo più lunghi avevano maggiori probabilità di avere problemi renali. «I nostri risultati suggeriscono che l'esposizione a PPI si associa ad aumento del rischio di Ckd, progressione di Ckd e malattia renale all'ultimo stadio» è la conclusione degli autori. L'allarme principale, però, consiste nel fatto che «molti pazienti che iniziano a prendere PPI per una precisa condizione medica, continuano l'assunzione molto più a lungo del necessario». È questo, in fondo, il messaggio-chiave rispetto al quale i ricercatori mettono in guardia a un tempo medici e pazienti.

Troppi controlli inutili sui marcatori tumorali

(da Doctor33) La determinazione dei marcatori tumorali è una pratica diffusa nella gestione dei pazienti con tumori solidi in fase avanzata, perché consente di ottenere in modo semplice informazioni complessive, sebbene non sempre completamente attendibili, sull'evoluzione della malattia. Purtroppo, tuttavia, è anche una pratica soggetta a una diffusa inappropriata e in un contesto di risorse limitate, sarebbe importante limitarne l'uso alle indicazioni che abbiano ricadute rilevanti sulla pratica clinica. La necessità di un ripensamento è emersa con chiarezza in uno studio pubblicato sul '[Journal of Oncology Practice](#)' nel quale gli oncologi della Columbia University sono andati a verificare che cosa era successo nel loro centro in un anno (tra il 2013 e il 2014) su un totale di circa mille pazienti. I test analizzati sono stati l'alfa-fetoproteina, il CA125, il CA19-9, il CA15-3, il CA227-29 e il CEA, e il risultato è stato che ogni malato era stato sottoposto, in media, a 21 esami (valore che in alcuni casi estremi raggiungeva 70), e a sette analisi per ogni tipo di esame, con punte di 35 controlli per singolo test. Alcuni dati poi hanno fatto emergere un uso

certamente improprio: il 16% dei pazienti aveva ricevuto più di 12 determinazioni in un anno e il 34% aveva ricevuto più di una determinazione in un mese; i test più popolari sono risultati essere quello per il CA19-9 e quello per il CEA. Il contenimento nella richiesta di marcatori tumorali non ha ricadute negative sulla salute dei pazienti, e può invece produrre un notevole contenimento della spesa. E' quindi una possibilità alla portata di tutti.

(Fonte: *Accordino M et al. Serum Tumor Marker Use in Patients With Advanced Solid Tumors* Published online before print September 15, 2015, doi: 10.1200/JOP.2015.005660 JOP January 2016 vol. 12 no. 1 65-66 <http://jop.ascopubs.org/content/12/1/65>)

Tumori esofago e polmone: la Pet è spesso prescritta impropriamente

(da Doctor33) Chi si ammala di cancro del polmone o dell'esofago viene impropriamente sottoposto a un elevato numero di scansioni Pet, la tomografia a emissione di positroni e ciò aumenta i costi sanitari ma non la sopravvivenza dei pazienti, secondo uno studio pubblicato sul 'Journal of National Cancer Institute' e svolto dai ricercatori della University of Michigan Medical School coordinati dalla chirurga Sandra Wong. «Molti pazienti affetti da tumore ricevono scansioni Pet come parte della diagnosi, per vedere sia quanto è avanzato il cancro sia la risposta al trattamento. Ma la Pet non solo non è raccomandata come prima opzione per il monitoraggio a lungo termine delle recidive, ma è anche uno dei pochi esami per cui il sistema di assistenza pubblica Medicare impone il limite di tre scansioni di follow-up a persona».

E per verificare se l'uso della Pet si sia effettivamente trasformato in un abuso, gli autori dell'articolo hanno esaminato i dati Medicare relativi a oltre 100.000 pazienti ammalatisi di cancro del polmone o dell'esofago nel 2005 e seguiti fino al 2011. «E i dati raccolti dimostrano che più del 22% dei pazienti affetti da cancro del polmone, e oltre il 31% di quelli con cancro esofageo sono stati sottoposti ad almeno una Pet per cercare una recidiva durante il follow-up, senza prima passare da una Tc o da un imaging di altro genere» afferma Wong, sottolineando che la Pet è una tecnologia molto efficace, ma il suo utilizzo in questo modo non modifica la sopravvivenza per questi tumori, gravati da una prognosi relativamente scarsa. Secondo gli autori l'uso appropriato della Pet nel follow-up delle neoplasie polmonari o esofagee è solamente per chiarire i risultati di un precedente imaging a basso costo. «Questo, almeno, è quanto suggeriscono le attuali linee guida, che tuttavia non vengono quasi mai seguite» aggiunge la chirurga. E conclude: «Attenersi ai documenti di indirizzo clinico è invece l'unica strada da percorrere: non è necessario prescrivere una Pet nei pazienti sintomatici, e in quelli senza sintomi che stanno bene la scansione Pet è ugualmente inutile».

(Jnci 2016. doi:10.1093/jnci/djv429 <https://dx.doi.org/10.1093/jnci/djv429>)

Diabete, dannosi troppi controlli della glicemia negli anziani

(da DottNet e Aifa) Un controllo eccessivo della glicemia negli anziani con diabete può fare più male che bene: non riduce infatti il rischio di complicanze macrovascolari e il monitoraggio intensivo dell'emoglobina glicata può causare un'ipoglicemia più grave da 1,5 a 3 volte. E' la conclusione di un gruppo di endocrinologi dell'università di Yale, che ha passato in rassegna quattro grandi studi per individuare le migliori pratiche nel trattamento del diabete di tipo 2 negli anziani. La ricerca, pubblicata sulla rivista Jama e segnalata dall'Agenzia italiana del farmaco sul suo sito, e' nata per colmare la mancanza di questo tipo di dati sulla popolazione anziana. Il rischio di ipoglicemia (cioè un livello di zuccheri troppo basso nel sangue) può aumentare anche a causa di ridotte funzioni cognitive, età avanzata e durata del diabete, l'uso di farmaci, frequenti ricoveri in ospedale, e l'impiego di insulina rispetto ad altri medicinali. I dati disponibili suggeriscono di individuare come obiettivo dei valori di glicemia personalizzati sulle caratteristiche ed esigenze di ciascun paziente. E' inoltre importante ascoltare le preferenze dei pazienti sul tipo di controlli da adottare e condividere con loro le scelte terapeutiche. Se alla fine i valori glicemici scelti come obiettivo non dovessero essere raggiunti, conclude lo studio, e' meglio modificarli anzichè intensificare il trattamento antidiabetico. L'Aifa ricorda che e' disponibile per medici e pazienti, e attualmente in aggiornamento, un algoritmo per la definizione della terapia individuale per il diabete di tipo 2.

Lombalgia, terapia mindfulness più efficace delle cure consuete

(da Doctor33) Assieme alla terapia cognitivo-comportamentale, la Mindfulness-Based Stress Reduction (Mbsr) sembra essere un trattamento non farmacologico appropriato contro la lombalgia cronica negli adulti: entrambe migliorano il dolore e la limitazione funzionale più delle cure consuete, secondo uno studio pubblicato su Jama e coordinato da Daniel Cherkin del Group Health Research Institute di Seattle. «La lombalgia, una delle principali cause di disabilità, attiva un meccanismo ansiogeno che genera stress aumentando il dolore» esordisce il ricercatore, sottolineando la necessità di terapie efficaci e a basso rischio di eventi avversi. Per questo negli

ultimi decenni si sono sviluppate tecniche di meditazione prive di effetti collaterali, dimostrate efficaci nel trattamento del dolore cronico e nella riduzione dell'uso di farmaci. Tra queste c'è anche la Mbsr, un trattamento che nel dolore lombare si focalizza su come aumentare la consapevolezza e l'accettazione del disagio fisico. «Finora solo un ampio studio clinico randomizzato ha valutato l'efficacia della Mbsr nella lombalgia cronica, limitatamente agli adulti più anziani» scrivono gli autori, che per approfondire l'argomento hanno assegnato in modo casuale 342 adulti dai 20 ai 70 anni con lombalgia a ricevere Mbsr (n=116), terapia cognitivo-comportamentale (n=113) o cure tradizionali (n=113)».

«La terapia cognitivo-comportamentale, finalizzata alla modifica dei pensieri e dei comportamenti legati al dolore, e la Mbsr, rivolta alla riduzione dello stress e dei sentimenti negativi che peggiorano le algie al fine di incrementare la capacità di controllo e di gestione del dolore, sono state somministrate in otto sedute settimanali di due ore ciascuna, mentre le terapie consuete includevano qualsiasi altro trattamento eventualmente prescritto ai partecipanti, che avevano un'età media di 49 anni e una durata media del mal di schiena di circa 7 anni. Mettendo a confronto i tre gruppi i ricercatori hanno scoperto che a 26 settimane la percentuale di partecipanti con un miglioramento clinicamente significativo sulla limitazione funzionale era più alta tra chi aveva ricevuto la Mbsr, 61% dei casi, e la terapia cognitivo-comportamentale, 58%, rispetto alle solite cure, 44%. Risultati sovrapponibili sono stati osservati in termini di miglioramento del dolore a 26 settimane: i tassi sono stati rispettivamente del 44% e del 45% per la Mbsr e per la terapia cognitivo-comportamentale, contro il 27% del gruppo trattato con altre terapie. «Questi risultati suggeriscono che la Mbsr può essere un'opzione di trattamento efficace per i pazienti con lombalgia cronica» conclude Cherkin. E Jennifer Haythornthwaite della Johns Hopkins University School of Medicine di Baltimora commenta in un editoriale: «La comprensione degli effetti della Mbsr e dei suoi meccanismi d'azione è importante per i ricercatori, ma meramente accademica per molti medici e pazienti. Tuttavia, l'efficacia della cura a fronte di effetti collaterali praticamente nulli dimostrata in questo studio è un argomento convincente per fare in modo che i sistemi sanitari ne garantiscano l'accesso agli adulti con lombalgia cronica».

(Jama 2016. doi:10.1001/jama.2016.2323

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.2323>

Jama 2016. doi:10.1001/jama.2016.2437

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.2437>

Raddoppiano gli anziani che usano pericolosi mix farmaci

(da DottNet) Un anziano su sei fa regolarmente uso di combinazioni di farmaci (politerapie) potenzialmente mortali, sia medicinali prescritti dal medico, sia farmaci da banco (acquistabili senza ricetta, ad esempio come l'aspirina) e integratori alimentari (ad esempio multivitaminici etc). La quota di anziani potenzialmente esposti a una di queste combinazioni farmacologiche a rischio è raddoppiata in 5 anni. Lo rivela un'indagine su un grosso numero di anziani di 62-85 anni, condotta presso la University of Illinois at Chicago e pubblicata sulla rivista JAMA Internal Medicine. Con interviste dettagliate condotte direttamente a casa dei partecipanti gli esperti hanno individuato ben 15 combinazioni farmacologiche potenzialmente mortali dei farmaci più comunemente in uso tra gli over-65 (ad esempio farmaci per la pressione e il colesterolo alto, farmaci come l'aspirina o i protettori gastrici etc etc). E per di più è emerso che, nel 2011 circa il 15% (un anziano su sei) degli anziani intervistati assumeva almeno uno di questi mix potenzialmente mortali, contro l'8% registrato nel 2005, ovvero praticamente un raddoppio della percentuale di anziani in 5 anni.

Oltre la metà di questi mix contiene un farmaco da banco (quindi senza obbligo di ricetta) e integratori alimentari. E proprio in riferimento a questi ultimi, l'indagine ha evidenziato che si è assistito a un aumento notevole dei consumi (dal 51,8 al 63,7% in 5 anni), nonostante le evidenze cliniche dei loro reali benefici restino ad oggi limitate. "Migliorare la sicurezza nell'uso di politerapie ha dunque il potenziale di ridurre gli effetti avversi delle interazioni tra farmaci che sono potenzialmente fatali", rileva Dima Mazen Qato, autrice dello studio.

Arrivano le linee guida Nice sul trattamento delle multimorbilità

(da Doctor33) Il National Institute for Health and Care Excellence (Nice) ha pubblicato in bozza le tanto attese linee guida per l'ottimizzazione del trattamento delle multimorbilità, proprio nel momento in cui il numero di persone con tre o più patologie croniche a lungo termine è stimato in salita da 1,9 milioni nel 2008 a 2,9 milioni nel 2018, con costi medi socio-sanitari intorno alle 7.700 sterline a persona. «Questo aumento dei soggetti con multimorbilità, accoppiato al progressivo invecchiamento della popolazione e al maggior uso di farmaci negli anziani, potrebbe significare 5 miliardi di sterline in spese supplementari entro il 2018» avverte David Haslam, presidente del Nice, sottolineando che la cura dei pazienti con condizioni multiple a lungo termine (Ltc) è estremamente complessa, e può coinvolgere il Servizio sanitario nazionale a vario titolo. «Questo

perché le diverse malattie croniche che coesistono nel medesimo paziente e i loro trattamenti interagiscono in modi molteplici, e la loro cura viene spesso suddivisa e frammentata tra diversi centri specialistici» aggiunge Bruce Guthrie, professore di cure primarie all'Università di Dundee e presidente del gruppo che ha sviluppato il documento, attualmente in attesa di suggerimenti e modifiche da parte del pubblico sul sito istituzionale Nice prima della versione definitiva. «La medicina generale ha un ruolo cruciale nella cura della persona piuttosto che il trattamento isolato e non coordinato di ogni singola malattia» riprende Guthrie, aggiungendo che le nuove linee guida sottolineano l'importanza di questa prospettiva anche in termini di riduzione della spesa socio-sanitaria e degli effetti collaterali derivati dall'assunzione di più farmaci. Tra le raccomandazioni del documento Nice per i medici, ecco alcuni esempi: interrompere qualsiasi trattamento ritenuto di beneficio limitato; identificare i farmaci a più alto rischio di effetti collaterali indesiderati; offrire, se è il caso, terapie alternative non farmacologiche. Prescrivere, insomma, meno farmaci possibile. «Gestire al meglio le multimorbilità è tra le grandi sfide cliniche non solo attuali ma anche future, e queste linee guida sono state pensate per aiutare i medici a curare meglio i pazienti, spesso anziani, con comorbilità» conclude Haslam.

(Nice Guidance: <https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-cgwave0704>)

Farmaci per i pazienti anziani: ecco la nuova tabella dell'American Geriatric Society

(da Doctor33) È stato presentato alla American College of Clinical Pharmacy (Accp) 2015 Global Conference l'elenco di farmaci alternativi a quelli giudicati rischiosi per gli anziani secondo i criteri di Beers. «La lista è frutto di una promessa fatta dall'American Geriatrics Society (Ags) in seguito a richieste venute da più parti» esordisce Todd Semla, farmacista alla Northwestern University di Chicago e copresidente degli esperti dell'Ags che ha aggiornato i criteri di Beers e compilato l'elenco delle medicine alternative. «Oltre che presentato al congresso, l'aggiornamento è stato pubblicato sul Journal of the American Geriatrics Society» prosegue il ricercatore, ricordando che i criteri di Beers, proposti nel 1991 da Mark Beers della University of California di Los Angeles come linee guida delle case di cura per anziani, sono rapidamente stati adottati ovunque ci sono pazienti geriatrici. «Nonostante gli sforzi fatti finora le prescrizioni di farmaci inappropriati sono in aumento tra gli adulti più avanti con gli anni, con relativo incremento dei costi di assistenza sanitaria ma anche di mortalità e morbilità» dice il farmacista, spiegando che troppe prescrizioni portano ad assumere farmaci inutili, tanto che il paziente e chi lo assiste semplicemente arrivano a non sapere perché viene trattato con una certa medicina. I criteri di Beers, aggiornati nel 1997, 2003 e 2012, sono stati usati oltre che dalle compagnie assicurative anche dal National Committee for Quality Assurance (Ncqa) e dal Pharmacy Quality Alliance (Pqa) per creare parametri qualitativi che i Cms, ossia i Medicare e Medicaid Services (Cms), usano per valutare la qualità delle cure fornite agli assistiti. Per fare qualche esempio la tabella suggerisce di usare antistaminici di seconda generazione come cetirizina, fexofenadina e loratadina in alternativa a quelli di prima generazione come clorfeniramina e difenidramina orale. Proponendo gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Ssri) tranne paroxetina invece degli antidepressivi triciclici come amitriptilina, clomipramina e imipramina. «Ma i farmacisti devono andare al di là dei criteri di Beers facendo in modo che per una certa diagnosi sia prescritto il farmaco corretto in dose appropriata» riprende Semla. E conclude: «Oltre a fare questo dobbiamo evitare il sottoutilizzo dei farmaci, ma anche la sovrapprescrizione, e la tabella proposta dall'Ags va in questa direzione».

(J Am Geriatr Soc. 2015 Oct 8. doi: 10.1111/jgs.13702
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26446832>)

Lombalgia acuta: oltre ai Fans non servono altri farmaci in associazione

(da Doctor33) Tra i pazienti giunti in pronto soccorso per lombalgia acuta, la somministrazione di naprossene, un farmaco anti-infiammatori non steroideo (Fans), associato all'ossicodone/paracetamolo o al miorilassante ciclobenzaprina non migliora la sintomatologia dolorosa o la mobilità del rachide rispetto al naprossene più placebo, secondo i risultati di uno studio pubblicato su Jama. «La lombalgia acuta è responsabile del 2,4% delle visite nei dipartimenti di emergenza statunitensi, con oltre 2,5 milioni di casi all'anno» afferma Benjamin Friedman del Montefiore Medical Center all'Albert Einstein College of Medicine di New York, ricordando che questi pazienti sono di solito curati con Fans, paracetamolo, oppiacei o miorilassanti, spesso associati fra loro, con risultati antalgici generalmente scarsi. Partendo da questi presupposti i ricercatori hanno randomizzato 323 pazienti presentatisi in pronto soccorso con lombalgia acuta non traumatica e non radicolare presente da meno di due settimane a ricevere un ciclo di 10 giorni di naprossene con placebo, di naprossene più ciclobenzaprina oppure associato a ossicodone e paracetamolo. E a conti fatti gli autori hanno scoperto che né il naprossene con ossicodone e paracetamolo né il naprossene combinato alla ciclobenzaprina migliorano il dolore o la mobilità del rachide rispetto al Fans associato al placebo da una settimana a tre mesi dopo la visita in pronto soccorso. Viceversa, Independentemente dal gruppo cui erano stati assegnati, tutti i pazienti hanno riferito un significativo miglioramento clinico e funzionale entro una settimana dall'accesso al pronto

soccorso. E dopo tre mesi dalla visita, a prescindere dal gruppo terapeutico di assegnazione, il ricorso agli oppiacei per il trattamento della lombalgia acuta si è dimostrato piuttosto raro, con meno del 3% dei pazienti che riferiva l'uso di un oppioide nelle 72 ore precedenti. «Questi risultati non supportano l'uso di farmaci aggiuntivi, oltre ai Fans, nella lombalgia acuta» concludono gli autori. (*Jama* 2015. doi:10.1001/jama.2015.13043 <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2015.13043>)

Danni da interazione tra farmaci, possibili rischi da prescrizioni inutili negli anziani

(da Doctor33) L'uso concomitante di integratori e farmaci che possono tra loro interagire è quasi raddoppiato in un quinquennio negli Stati Uniti tra gli adulti in là con gli anni, secondo uno studio pubblicato su *Jama Internal Medicine* e coordinato da Caleb Alexander della Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health di Baltimora. Per giungere a queste conclusioni i ricercatori hanno intervistato 2.400 anziani tra il 2005 e il 2006, e altri 2.200 nel periodo 2010-2011. Tra i risultati: l'uso concomitante di cinque o più farmaci da prescrizione è aumentato dal 31 al 36%; i tassi di consumo di integratori alimentari sono saliti dal 52 al 64%; l'uso delle statine, degli antiplastrinici e degli omega-3 è aumentato in modo significativo; la percentuale di anziani a rischio di interazioni tra farmaci è cresciuta dall'8 al 15%. «Da questi dati emerge che l'uso di farmaci e integratori alimentari, e l'assunzione concomitante di farmaci che possono interagire tra loro è aumentata dal 2005, con un quarto degli anziani potenzialmente a rischio di eventi avversi prevenibili associati alle più comuni terapie» conclude l'autore. E in una lettera di ricerca pubblicata sullo stesso numero di *Jama Internal Medicine* Judy Jou e Pamela Johnson dell'Università del Minnesota a Minneapolis aggiungono al quadro un dato interessante: un quarto degli anziani statunitensi non dicono al loro medico che assumono regolarmente integratori alimentari a base di erbe o vitamine. «Contrariamente a quanto emerge da precedenti ricerche, questi risultati indicano che la carenza informazione non è intenzionale, ma dovuta al fatto che il medico non chiede al paziente raggugli sul consumo di farmaci complementari e alternativi, cosa che dovrebbe invece fare più spesso» scrivono le due ricercatrici.

E in un editoriale di commento Michael Steinman, geriatra all'Università di California San Francisco afferma: «I farmaci non sono il nemico, mentre lo sono le prescrizioni inutili, inefficaci e dannose. Modificare i presupposti che portano a tali modalità prescrittive aiuterà a migliorare i danni potenziali dovuti alle interazioni tra farmaci negli anziani».

(*Jama Intern Med.* 2016. doi:10.1001/jamainternmed.2015.8581

<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2500064>

Jama Intern Med. 2016. doi:10.1001/jamainternmed.2015.8593

<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2500061>

Jama Intern Med. 2016. doi:10.1001/jamainternmed.2015.8597

<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2500058>