



---

**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

## NOTIZIARIO SPECIALE 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](http://www.ordinemedicifc.it)**

**e mail: [info@ordinemedicifc.it](mailto:info@ordinemedicifc.it) [segreteria.fc@pec.omceo.it](mailto:segreteria.fc@pec.omceo.it)**

---

**Collegio  
dei Revisori dei Conti:**

**Presidente:**  
Dott. Tolomei  
Pierdomenico

**Revisori:**  
Dott. Gardini Marco  
Dott.ssa Zanetti Daniela

**Revisore supplente:**  
Dott. Costantini Matteo

**Commissione  
Comunicazione  
ed Informazione:**

**Coordinatore:**  
Dott. Pascucci Gian  
Galeazzo

Dott. Costantini Matteo  
Dott. Fabbroni  
Giovanni  
Dott.ssa Gunelli  
Roberta  
Dott. Lucchi Leonardo  
Dott.ssa Sapigni Licia

**Commissione per  
l'aggiornamento  
professionale**

**Coordinatore**  
Dott. De Vito Andrea

Dott. Amadei Enrico  
Maria  
Dott. Costantini Matteo  
Dott. Galassi Andrea  
Dott. Gardini Marco  
Dott.ssa Gunelli  
Roberta  
Dott. Simoni Claudio  
Dott.ssa Sirri Sabrina  
Dott.ssa Vaianti  
Francesca  
Dott. Verdi Carlo  
Dott. Vergoni Gilberto

## AVVISO DI ASSEMBLEA ORDINARIA

**A TUTTI I MEDICI ED ODONTOIATRI ISCRITTI ALL'ALBO PER**

LUNEDÌ 11 APRILE 2016 ALLE ORE 06.00 in *prima convocazione*,

e per **MARTEDÌ 12 APRILE 2016 ALLE ORE 21.00**

*in seconda convocazione avrà luogo presso*

*la Sala Riunioni dell'Ordine, Viale Italia n.153, scala C, primo piano.*

**21.00 Saluto del Presidente, Dott. Michele Gaudio**

**21.15 Assemblea Ordinaria degli Iscritti**

Approvazione Rendiconto Generale esercizio 2015

Approvazione Assestamento Bilancio di Previsione 2016

**22.30 Chiusura lavori**

Sei pregato vivamente di intervenire e nel caso di impossibilità a partecipare di persona, Ti invito a rilasciare delega ai Colleghi ai sensi dell'art. 24 del Cap. II del DPR 5/4/1950 n. 221.

Ti raccomando, inoltre, la massima puntualità.

**IL PRESIDENTE**  
**Dott. Michele Gaudio**

---

*Anche questo mese inviamo a tutti gli iscritti una Edizione Speciale del Notiziario, dedicato agli ultimi aggiornamenti con le 5 procedure da evitare secondo i principi di EBM in diverse branche specialistiche. In questa occasione ritorniamo sulle ultime linee guida stilate da organizzazioni professionali americane, che hanno aderito alla nota iniziativa "Choosing Wisely". Come sempre, tutti gli articoli sono tratti dal quotidiano medico on line Doctor 33 ( [www.doctor33.it](http://www.doctor33.it) )*

### **I principali cinque errori da non commettere in ambito infettivologico**

Una disciplina importante come l'infettivologia non poteva mancare nel novero delle discipline affrontate in "Choosing wisely" (scegliere saggiamente) Questa "Top 5 list" è stata compilata dall'Infectious diseases society of America (Idsa).

1) Non trattare una batteriuria asintomatica (Asb) con antibiotici. L'uso inappropriato di antibiotici per il trattamento di un'Asb o la presenza di un numero significativo di batteri nelle urine che si verifica senza sintomi come bruciore o minzione frequente sono i principali fattori che contribuiscono a un uso eccessivo di antibiotici nei pazienti. Con l'eccezione di donne di gravidanza, pazienti sottoposti a chirurgia della prostata o ad altri interventi di chirurgia urologica invasiva e soggetti sottoposti a trapianto di rene o rene/pancreas entro il primo anno dell'impianto, l'uso di antibiotici per trattare Asb non è clinicamente utile e non migliora la morbilità o la mortalità. La presenza di un catetere urinario aumenta il rischio di batteriuria, tuttavia l'uso di antibiotici non diminuisce l'incidenza di infezioni sintomatiche del tratto urinario catetere-associate (Cauti) e, se non ci sono sintomi riferibili al tratto urinario o senza causa identificabile, una Asb catetere-associata (Ca-Asb) non richiede lo screening e la terapia antibiotica. L'overtreatment di Asb con antibiotici non è solo costoso, ma può portare a infezione da C. difficile e allo sviluppo di patogeni resistenti, sollevando questioni di sicurezza e qualità di vita del paziente.

**Commissione per le MNC**

**Coordinatore**

Dott. Tolomei Pierdomenico

Dott. Balistreri Fabio  
Dott. Bravi Matteo  
Dott. Micucci Ermanno  
Dott. Milandri Massimo  
Dott.ssa Piastrrelloni 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

2) Evita di prescrivere antibiotici per infezioni delle alte vie respiratorie (Uri). La maggior parte delle Uri sono virali e il trattamento antibiotico è inefficace, inadeguato e potenzialmente nocivo. Tuttavia, un'infezione provata da streptococco di gruppo A (mal di gola) e la pertosse (tosse convulsa) dovrebbero essere trattate con antibioticoterapia. Il trattamento sintomatico per Uri dovrebbe avere lo scopo di massimizzare il sollievo del sintomo più evidente. È importante che gli operatori sanitari abbiano un dialogo con i loro pazienti per fornire informazioni circa le conseguenze di un uso inappropriato di antibiotici nelle infezioni virali, che possono portare a un aumento di costi, resistenza antimicrobica ed effetti avversi.

3) Non usare la terapia antibiotica per la dermatite da stasi degli arti inferiori. Quest'ultima è comunemente trattata con antibiotici, quale risultato di una diagnosi errata o di mancata consapevolezza della fisiopatologia della malattia. Lo standard di cura per questa condizione è una combinazione di elevazione della gamba e compressione. L'elevazione della zona interessata accelera i miglioramenti attraverso la promozione del drenaggio per gravità dell'edema e delle sostanze infiammatorie. L'uso routinario di antibiotici orali non migliora i tassi di guarigione e può portare a ricoveri immotivati, aumento dei costi ed effetti avversi.

4) Evita un test per un'un'infezione da C. difficile in assenza di diarrea. Il test per C. difficile o le sue tossine va eseguito solo su feci diarroiche, a meno che non si sospetti un ileo causato da C. difficile. In assenza di diarrea, la presenza di C. difficile indica lo stato di portatore che non deve essere trattato e pertanto nemmeno testato.

5) Evita la profilassi antibiotica per il trattamento del prolasso della valvola mitrale. Questa procedura, volta a prevenire un'endocardite infettiva, non è più indicata. Il rischio di effetti avversi antibiotico-associati supera i benefici (qualora vi siano) di terapia antibiotica profilattica. L'uso limitato della profilassi probabilmente ridurrà la selezione indesiderata di ceppi antibiotico-resistenti e le loro conseguenze non volute, come una colite associata a C. difficile

**Le cinque più importanti procedure da evitare in medicina materno-fetale**

Ecco la nuova "Top 5 list" dedicata alla medicina materno-fetale. Il documento, riguardante "argomenti sui quali dovrebbero confrontarsi medici e pazienti" [o forse meglio genitori, in questo caso] è stato elaborato dall'americana Society for maternal-fetal medicine.

1) Non fare una valutazione di trombofilia ereditaria in donne con storia di perdita di gravidanza, ritardo di crescita intrauterina (lugar), preeclampsia e distacco placentare. Mancano infatti dati scientifici a sostegno di un'associazione causale tra polimorfismi della metilentetraidrofolato reduttasi (Mthfr) o altri comuni trombofilie ereditarie ed esiti avversi di gravidanza, quali aborti ricorrenti, grave preeclampsia e lugar. Test specifici per anticorpi antifosfolipidi, quando clinicamente indicati, dovrebbero limitarsi all'anticoagulante lupico, ad anticorpi anticardiolipina e ad anticorpi anti-beta2 glicoproteina.

2) Non posizionare un cerchiaggio in donne con cervice corta che sono in stato di gravidanza gemellare. Le donne con breve tratto cervicale incinte di due gemelli sono a rischio molto elevato di nascite pretermine ma i dati scientifici, tra i quali una metanalisi di dati pubblicati su questo tema, dimostrano che un cerchiaggio in questa situazione clinica non solo non è utile ma può di fatto essere dannoso, cioè associarsi a un aumento di nascite pretermine.

3) Non offrire un test prenatale non invasivo (Nipt) per pazienti a basso rischio o comunque non prendere decisioni irreversibili sulla base dei risultati di questo test di screening. Il Nipt è stato adeguatamente valutato solo in gravidanze singole ad alto rischio di anomalie cromosomiche (età materna >35 anni, screening positivo, reperti ecografici suggestivi di aneuploidia, carrier di traslocazione ad aumentato rischio di trisomia 13, 18 o 21). La sua utilità in gravidanze a basso rischio rimane poco chiara. Inoltre con un Nipt possono verificarsi falsi positivi e falsi negativi, in particolare per le trisomie 13 e 18. Ogni risultato positivo a un Nipt dovrebbe essere confermato con test diagnostici invasivi prima di una interruzione di gravidanza. Se si esegue un Nipt, deve essere offerto un adeguato counselling pre-test per spiegarne vantaggi e limiti.

4) Non effettuare uno screening per lugar con studi Doppler del flusso sanguigno. Gli studi che hanno tentato di fare uno screening delle gravidanze per una successiva comparsa di lugar hanno prodotto risultati contraddittori. Inoltre, non è stato elaborato alcuno standard per la definizione ottimale di test anomalo, migliore età gestazionale per l'esecuzione del test o per la tecnica della sua effettuazione. Tuttavia, una volta che si sospetta la diagnosi di lugar, l'uso della sorveglianza fetale prenatale, compresi gli studi Doppler del flusso dell'arteria ombelicale, risulta utile.

5) Non utilizzare progestinici per la prevenzione di una nascita pretermine in gestazioni multifetali non complicate. In questi casi, infatti, l'uso di progestinici non ha dimostrato di ridurre l'incidenza di parto pretermine.

**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. Costantini Matteo  
Dott. Moschini Selene  
Dott. Natali Simone  
Dott.ssa Pavese Alessandra  
Dott.ssa Stagno Francesca  
Dott.ssa Vaianti 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

**La Top 5 list degli errori in otorinolaringoiatria diventa una Top 10**

Ecco i nuovi 'alert' che gli otorinolaringoiatri statunitensi hanno unito ai precedenti in un'unica "Top 10 list".

6) Non posizionare tubi endotimpanici in bambini altrimenti sani che hanno avuto un singolo episodio di effusione di fluido dall'orecchio di durata inferiore a 3 mesi. Un'effusione dell'orecchio di breve durata, infatti, è probabile che si risolva spontaneamente. Il bambino va però monitorato per garantire la risoluzione dell'effusione. Nel caso invece di bambini con patologie concomitanti o ritardo del linguaggio, può essere appropriato un posizionamento precoce del tubo di drenaggio.

7) Non richiedere studi di imaging in pazienti con tinnito non pulsante bilaterale o perdita simmetrica dell'udito ma con anamnesi ed esame obiettivo normali. L'utilità delle procedure di imaging nel tinnito primario non è documentata, l'imaging è costoso, determina esposizione a radiazioni ionizzanti e non influisce sulla gestione del sintomo.

8) Non richiedere più di una tomografia computerizzata (TC) dei seni paranasali per valutare pazienti con rinosinusite cronica non complicata entro 90 giorni dalla prima scansione, se quella ottenuta è di qualità e risoluzione adeguate per essere interpretata dal medico e utilizzata per prendere decisioni cliniche e/o pianificare un intervento chirurgico. Difatti, la scansione TC è costosa, espone il paziente a radiazioni ionizzanti e non offre alcuna informazione aggiuntiva che possa migliorare la gestione iniziale. Più scansioni TC entro 90 giorni possono invece essere appropriate nel caso di pazienti con sinusite complicata o in cui si sospetti una diagnosi alternativa.

9) Non utilizzare di routine antibiotici in fase perioperatoria per tonsillectomia elettiva nei bambini. Gli antibiotici orali possono causare significativi eventi avversi e non offrono benefici dimostrabili dopo tonsillectomia. Evitando di somministrare antibiotici per via orale si può inoltre ridurre la diffusione dell'antibioticoresistenza e il rischio di infezioni opportunistiche.

10) Non eseguire abitualmente l'imaging dei seni nasali nei pazienti con sintomi limitati a una diagnosi principale di sola rinite allergica. L'anamnesi, l'esame obiettivo e i test allergologici sono gli elementi fondamentali della diagnosi di rinite allergica. L'utilità dell'imaging, in questa patologia, non è provata.

**Anche in dermatologia le pratiche erranee da 5 salgono a 10**

Dieci e non più cinque. Sono le raccomandazioni presenti nell'attuale lista che l'American academy of dermatology ha stilato nell'ambito di "Choosing wisely", Questa società scientifica statunitense, come altre, ha infatti ritenuto opportuno aggiungere all'iniziale "Top 5 list" un documento con "Five more things physicians and patients should question". Dall'unificazione alla precedente è così sorta un'unica "Top 10 list". Ecco i nuovi "warning":

6) Non usare corticosteroidi sistemici (per os o via iniettiva) come trattamento a lungo termine per la dermatite. Le possibili complicanze, infatti, superano i potenziali benefici. Anche se un impiego di steroidi sistemici a breve termine a volte è appropriato per offrire sollievo a sintomi severi, il trattamento a lungo termine potrebbe causare gravi effetti avversi a breve e a lungo termine sia nei bambini sia negli adulti.

7) Non utilizzare prick test cutanei o esami del sangue come il test RAST di radioallergoassorbimento per la valutazione routinaria dell'eczema. Queste indagini possono aiutare a identificare le cause di reazioni allergiche, come orticaria o starnutamento dopo esposizione a polvere o polline, ma non sono utili per la diagnosi di dermatite o eczema.

8) Non usare di routine test microbiologici per la valutazione e la gestione dell'acne. I batteri sono solo uno dei numerosi fattori che contribuiscono al processo infiammatorio. I test microbiologici, usati per determinare il tipo di batteri presenti in una lesione acneica, è di solito inutile in quanto non influisce sulla gestione dei tipici pazienti affetti da questa malattia cutanea. Un test microbiologico deve essere considerato solo quando l'acne non ha risposto ai trattamenti convenzionali, in particolare nei pazienti che sono stati già trattati con antibiotici per via orale.

9) Non ricorrere d'abitudine agli antibiotici per trattare gonfiori e arrossamenti bilaterali della parte inferiore della gamba finché non vi sia una chiara evidenza di infezione. Dalla ricerca è emerso che, in base a questi segni, una cellulite bilaterale alle parti inferiori delle gambe è molto rara. Per garantire un adeguato trattamento, si devono prendere in considerazione diagnosi diverse e più probabili, come per esempio una dermatite risultante dal gonfiore delle gambe, vene varicose o

**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

Monterubbiansi 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 Forlì-Cesena**

**Coordinatore:**

Dott. Giorgi Omero

Dott. Borroni

Ferdinando

Dott.ssa Gunelli

Roberta

Dott. Milandri Massimo

Dott. Vergoni Gilberto

allergie da contatto. Un'errata diagnosi di cellulite bilaterale può portare a un uso eccessivo di antibiotici e sottoporre i pazienti a ricoveri ospedalieri potenzialmente non necessari.

10) Non prescrivere di routine antibiotici per cisti epidermiche (Ec) infiammate. La grande maggioranza delle Ec gonfie e arrossate sono infiammate ma non infette ed è importante confermare l'infezione prima di trattare queste neoformazioni con antibiotici. I trattamenti appropriati per Ec infiammate includono l'incisione e il drenaggio o un'iniezione di corticosteroidi direttamente nella cisti.

**I 5 errori più frequenti commessi nella prevenzione delle malattie**

Ecco la "Top 5 list" stilata dall'American college of preventive medicine (Acpm) che, un po' irruvidamente, sembra rivolgersi a volte ai pazienti e a volte ai fornitori di cure.

1) Non assumere un multi-vitaminico, la vitamina E o il beta-carotene per prevenire le malattie cardiovascolari (Cvd) o il cancro. Non vi sono prove sufficienti per dimostrare benefici dalla supplementazione multivitaminica per prevenire le Cvd o il cancro mentre prove adeguate dimostrano che l'integrazione di vitamina E e beta-carotene in popolazioni sane non determinano alcun beneficio specifico sulle Cvd o il cancro. Il beta-carotene, inoltre, è associato a un aumentato rischio di cancro al polmone nei fumatori e nelle persone che sono state esposte all'amianto.

2) Non eseguire di routine uno screening basato sul Psa per il cancro della prostata. Devono essere sottoposti a screening più di 1.000 uomini senza sintomi al fine di salvare una vita in più. Pertanto si ritiene che l'aumento di danni e spese mediche causati da uno screening diffuso routinario su uomini asintomatici superi i benefici. Vi è poi un elevato rischio di falsi positivi che portano a preoccupazione, riduzione della qualità di vita e biopsie inutili, quando spesso elevati livelli di Psa sono dovuti da ingrandimento della ghiandola e infezione e non da cancro. Lo screening può essere opportuno in rare circostanze, come per esempio una forte storia familiare di tumori prostatici o correlati.

3) Non utilizzare scansioni total-body per la diagnosi precoce di un tumore in pazienti asintomatici. Il ricorso alla scansione whole-body con una varietà di tecniche (RM, SPECT, PET, TC) per una vasta gamma di tumori non diagnosticati non trova riscontro in dati che dimostrino come questi studi di imaging possano migliorare la sopravvivenza o la probabilità di identificare un tumore (il cui rilevamento è stimato in meno del 2% in pazienti asintomatici screenati). Vi è invece un elevato rischio di falsi positivi che può portare a test e procedure inutili con ulteriori rischi tra i quali la notevole esposizione alle radiazioni con Pet e Tc, un piccolo aumento di possibilità di sviluppare un cancro più tardi nella vita e di accumulare costi medici aggiuntivi a seguito di queste procedure. In breve, le scansioni whole body non sono consigliate per individui senza sintomi e non sono procedure routinarie di screening in popolazioni sane.

4) Non utilizzare farmaci costosi quando è disponibile un farmaco altrettanto efficace e a costo inferiore. In media il costo di un farmaco generico è inferiore dell'80-85% rispetto al prodotto di marca, anche se i farmaci generici sono tenuti ad avere principi attivi, potenza ed efficacia simili ai farmaci di marca. Studi effettuati negli Usa stimano che per ogni incremento del 10% nell'uso di farmaci generici ipocolesterolemizzanti, i costi per Medicare (ente assicurativo assistenziale americano) potrebbero essere ridotti di un miliardo di dollari all'anno.

5) Non eseguire lo screening per il cancro del collo dell'utero in donne a basso rischio di età pari o superiore a 65 anni e nelle donne che hanno subito un'isterectomia totale per patologia benigna e non hanno una storia di lesioni precancerose di alto grado o di cancro cervicale. Il test in queste pazienti non offre benefici e le può esporre - a causa di falsi positivi - a rischi potenziali, sia fisici (per esempio, sanguinamento vaginale da biopsie) sia psicologici (come ansia). Inoltre, questo esame non dovrebbe essere eseguito in donne di età superiore ai 65 anni che sono a basso rischio di cancro cervicale e hanno avuto esito negativo in precedenti screening. Gli operatori sanitari dovrebbero prendere la decisione di effettuare il test caso per caso ma, una volta che una paziente abbia smesso di effettuare lo screening, in generale non dovrebbero far iniziare di nuovo la pratica. Lo screening in questa popolazione offre poco o nessun beneficio dato che l'incidenza e la prevalenza della malattia declina nelle donne a partire dall'età di 40-50 anni.

**Gruppo di Lavoro  
Emergenza  
Territoriale**

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

**Dieci errori da non fare in tossicologia medica**

L'American college of medical toxicology e l'American academy of clinical toxicology, non hanno esordito con la classica "Top 5 list", che altre società scientifiche a volte hanno raddoppiato. La scelta è stata quella di partire da zero con un elenco unificato di 10 raccomandazioni, equamente distribuite per competenza tra le due associazioni: aspetti preventivi e laboratoristici, da un lato, problematiche diagnostiche e terapeutiche, dall'altro.

1) Non usare farmaci omeopatici, integratori alimentari non vitaminici o a base di erbe come trattamenti per una malattia o come misura di prevenzione per la salute. Le terapie alternative sono spesso ritenute sicure ed efficaci solo perché "naturali" ma vi è mancanza di rigorosi controlli di qualità degli ingredienti presenti in molti integratori dietetici e a base di erbe. Prove attendibili che questi prodotti siano efficaci sono spesso carenti mentre esistono prove consistenti che possano produrre danni. Rischi sanitari indiretti si verificano anche quando l'uso di questi prodotti ritarda o sostituisce forme più efficaci di trattamento o quando compromette l'efficacia dei farmaci convenzionali.

2) Non somministrare un agente chelante prima del test per misurare i metalli nelle urine, pratica denominata "challenge test" o test provocativo. I metalli sono onnipresenti nell'ambiente (tutti gli individui vi sono esposti e ne depositano una certa quantità nel corpo) e non necessariamente provocano una malattia. È dimostrato che la somministrazione di un agente chelante porta a una maggiore escrezione di vari metalli nelle urine, anche in individui sani senza malattie correlate ai metalli. Questi test provocativi sulle urine non sono mezzi affidabili per diagnosticare avvelenamenti da metallo e sono stati associati a danni.

3) Non richiedere test di screening per metalli pesanti per valutare sintomi aspecifici in assenza di eccessiva esposizione a metalli. Gli individui sono costantemente esposti ai metalli nell'ambiente e spesso hanno livelli rilevabili senza essere avvelenati. Condurre test in modo indiscriminato porta a inutili preoccupazioni quando un risultato appare al di fuori del range di normalità. La diagnosi di qualsiasi avvelenamento da metallo richiede un'appropriata storia di esposizione e reperti clinici compatibili con l'avvelenamento da quel metallo. Un paziente dovrebbe essere sottoposto soltanto al test di un metallo specifico se c'è timore di avvelenamento sulla base dei reperti anamnestici e dell'esame obiettivo.

4) Non raccomandare la chelazione fatta eccezione per intossicazione documentata da metallo, diagnosticata con esami validati in adeguati campioni biologici. La chelazione non migliora gli outcome oggettivi nell'autismo, nelle malattie cardiovascolari o nelle patologie neurodegenerative come la malattia di Alzheimer. L'edetato disodico non è approvato dall'FDA per alcuna condizione. Anche quando viene utilizzato per intossicazione da metalli opportunamente diagnosticati, i farmaci chelanti possono causare notevoli effetti collaterali, tra cui disidratazione, ipocalcemia, danno renale, innalzamento degli enzimi epatici, ipotensione, reazioni allergiche e carenze di sali minerali essenziali. Una chelazione inappropriata, che può costare centinaia di migliaia di dollari, comporta il rischio di questi danni, così come tossicità sullo sviluppo neurologico, teratogenicità e morte.

5) Non rimuovere amalgami dentali contenenti mercurio. Questi ultimi rilasciano piccole quantità dell'elemento. Studi clinici randomizzati dimostrano che il mercurio presente negli amalgami non producono malattia. La rimozione di tali amalgami è inutile, costosa e sottopone l'individuo all'assorbimento di maggiori dosi di mercurio rispetto al mantenimento al suo posto.

6) Non utilizzare fenitoina o fosfenitoina per trattare convulsioni causate da tossicità o sospensione di un farmaco. Tranne rare eccezioni, la fenitoina è inefficace in questi casi e si è dimostrata inefficace per il trattamento delle crisi convulsive indotte da isoniazide o dalla sua sospensione e può essere potenzialmente dannosa se usata per trattare le crisi indotte da teofillina o antidepressivi ciclici. Il trattamento di prima linea delle convulsioni indotte da tossine e da astinenza è costituito dalle benzodiazepine, seguite da farmaci aggiuntivi agonisti del recettore Gaba A, come i barbiturici.

7) Non consigliare una "detossificazione" attraverso la pulizia del colon o la promozione della sudorazione per il trattamento o la prevenzione di una malattia. Nessuna prova scientifica obiettiva supporta un ruolo per l'irrigazione del colon per la detossificazione. Negli Usa non esistono sistemi di idroterapia del colon approvati dall'FDA per scopi non medici, come la pulizia del colon. Quest'ultima - attraverso idroterapia, lassativi o catartici - può provocare crampi, dolore, disidratazione, squilibri elettrolitici, infezioni e perforazione intestinale. Promuovere la sudorazione non produce un'eliminazione delle tossine clinicamente rilevante. I metodi per promuovere la sudorazione possono provocare colpi di calore, disidratazione, ustioni, danno miocardico, avvelenamento da monossido di carbonio e danno epatico o renale, che potrebbe compromettere

l'eliminazione delle tossine.

8) Non richiedere test per valutare o diagnosticare "intolleranze idiopatiche ambientali", "ipersensibilità elettromagnetica" o "tossicosi da muffa". Queste diagnosi rispecchiano etichette per indicare che i pazienti non hanno reazioni avverse allergiche ai normali stimoli ambientali. Queste diagnosi sono poste sulle basi di sintomi autoriferiti o non convalidati dalle procedure di test. Anche se tali condizioni sono state ampiamente promosse, valutazioni basate sulle evidenze non sono in grado di supportare queste diagnosi come entità nosologiche. Etichettare un paziente con queste diagnosi può influenzare negativamente il suo stile di vita, mettere in ombra l'accertamento dell'eziologia dei loro sintomi e favorire l'effettuazione di test non necessari.

9) Non far eseguire un test dei capelli o delle unghie per lo screening dell'"avvelenamento da metalli" in pazienti con sintomi aspecifici. La valutazione clinica adeguata per l'esposizione potenziale ai metalli deve considerare la precisa esposizione, i sintomi, i segni, le vie di esposizione e la dose. I test dei capelli e delle unghie sono raramente necessari, spesso inaffidabili e forniscono un'utilità limitata dopo esposizioni a un metallo. Un paziente dovrebbe essere sottoposto a un test personalizzato per l'esposizione a uno specifico metallo sulla base di un'adeguata valutazione. Un test aspecifico dei capelli e delle unghie per più metalli sottopone i pazienti a errori diagnostici potenzialmente dannosi e a conseguenti terapie deleterie.

10) Non eseguire una fasciotomia nei pazienti con avvelenamento da morso di vipera in assenza di una misurazione diretta di elevate pressioni intracompartimentali. I morsi di vipera producono risultati simili alla sindrome compartimentale che sono raramente indicativi di una reale sindrome compartimentale. La tossicità del veleno causa mionecrosi piuttosto che elevate pressioni dei compartimenti. La fasciotomia non previene, e può peggiorare, la necrosi. In alcuni casi con elevate pressioni compartimentali, il trattamento con siero antiofidico e senza fasciotomia ha avuto successo. Nessuna evidenza disponibile indica quando una fasciotomia debba essere eseguita nella gestione dei morsi di rettili. Se presa in considerazione, la fasciotomia non dovrebbe essere eseguita senza prima una documentazione di elevata pressione compartimentale.