



**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. 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
APPROPRIATEZZA CLINICA**

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

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

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

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

Dott. Michele Gaudio, Presidente OMCeO FC

Dott. Omero Giorgi, Coordinatore Gruppo Culturale OMCeO FC

**Collegio
dei Revisori dei Conti:**

Presidente:

Dott. 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. La Torre Natale
Dott. Micucci Ermanno
Dott. Milandri Massimo
Dott.ssa Piastrelloni
Margherita
Dott. Roberti di Sarsina
Paolo
Dott. Selli Arrigo

ENPAM: SERVIZIO DI VIDEO CONSULENZA

L'Enpam ha lanciato un servizio di video-consulenza previdenziale dedicato ai suoi iscritti. La Fondazione mette a disposizione un nuovo strumento audio-video attraverso cui rivolgere direttamente ai funzionari dell'Ente domande specifiche o richieste di chiarimenti. Grazie alla videoconferenza, ogni iscritto avrà la possibilità di trovarsi faccia a faccia con il suo consulente previdenziale semplicemente recandosi nella sede del suo Ordine nella data e all'ora stabilita.

Al momento della prenotazione da fare presso il proprio Ordine, è consigliabile che l'iscritto precisi l'argomento dei chiarimenti richiesti. Questo permetterà ai funzionari dell'Enpam di arrivare in videoconferenza preparati nel miglior modo possibile sulla posizione del medico o dell'odontoiatra che incontreranno.

IL SERVIZIO È DISPONIBILE SOLO SU PRENOTAZIONE.

App dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì- Cesena

E' scaricabile sia su piattaforma Android che IOS la nostra nuova APP. Oltre a replicare gran parte delle informazioni contenute nel sito, consente di raggiungere direttamente i nostri colleghi con un sistema di notifiche PUSH attivabili per argomento nelle impostazioni dell'applicazione.

Un ulteriore potente strumento per arrivare ai nostri iscritti informazioni su eventi, ECM, annunci, avvisi, bandi di concorso, NEWS, Corsi FAD ed ovviamente anche il nostro notiziario e bollettino.

CONSULCESI POINT Martedì 26 settembre 2017

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 26 settembre 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.

**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. Zoli Matteo

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 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.

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

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 Sammaciccia

Angelina

Dott.ssa Zanetti Daniela

Corsi e Congressi

Progetto Ematologia-Romagna

Cesena – 16 settembre 2017

Faenza – 30 settembre 2017

[Programma](#)

OMCeO FC

La responsabilità medico-sanitaria. Novità normative, giurisprudenziali e criticità

Forlì, 21 settembre 2017 ore 20.00

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

[Programma](#)

OMCeO FC

Ossigeno-ozonoterapia nelle patologie osteoarticolari e potenzialità applicative nelle patologie sistemiche

Forlì, 5 ottobre 2017 ore 20.00

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

[Programma](#)

OMCeO FC

L'impiego appropriato della consulenza diagnostica allergologica nel bambino

Forlì, 19 ottobre 2017 ore 20.00

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

[Programma](#)

OMCeO FC

Approccio integrato al climaterio: opportunità ed evidenze scientifiche

Forlì, 26 ottobre 2017 ore 20.00

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

[Programma](#)

**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. Mazzoni Edmondo
Dott. Milandri Massimo
Dott. Vergoni Gilberto

**Gruppo di Lavoro
Emergenza Territoriale**

Dott.ssa Baldini Michela
Dott. Berti Alessandro
Dott. Farabegoli Enrico
Dott.ssa Giottoli Roberta
Dott.ssa Raggi Angelica
Dott. Spada Marco
Dott. Todeschini Roberto

Patrocini Ordine

Incontro con Celina Turchi

Forlì, 14 settembre 2017
Chiesa di San Giacomo in San Domenico
[locandina](#)

Rete Integrata in Gastroenterologia E Gestione delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali

Forlì, 13 ottobre 2017
Ospedale Morgagni Pierantoni Forlì
Sala Pieratelli
[programma](#)

L'appropriatezza prescrittiva tra tutela della salute pubblica e razionalizzazione della spesa sanitaria in ASL Romagna.

Cesena, 14 ottobre 2017
Cesena Fiera
[programma](#)

Farmaci, Salute e Qualità della Vita

Rimini, 25/28 ottobre 2017
Pala Congressi Rimini
[programma](#)

Convegno Regionale AURO.it Emilia Romagna

Milano Marittima, 27/28 ottobre 2017
Grand Hotel Gallia
Piazzale Torino, 16
<http://auro.it/regione/emilia-romagna/>

Presentazione Metodologia Taping Neuromuscolare

Savignano S/R, 10 novembre 2017
Sala Corsi Arcade, Via Matassoni 2
[programma](#)

ENPAM

Quota B, ultimi giorni per la domiciliazione bancaria

C'è tempo fino al 15 settembre per aderire alla domiciliazione bancaria e usufruire della possibilità di rateizzare i contributi di Quota B relativi all'anno di reddito 2016.

Il modulo per fare la richiesta è disponibile online nell'area riservata del sito Enpam.

Aggiornamento

Spesa sanitaria, Gimbe: troppi esami inutili prima degli interventi

(da Doctor33) Troppi esami prima degli interventi chirurgici programmati. Lo denuncia l'Ossevatorio Gimbe per la sostenibilità del Ssn, sottolineando come «questo eccesso diagnostico» determinato da «ingiustificati timori medico-legali, abitudini consolidate e la limitata condivisione dei rischi con i pazienti» faccia «crescere i costi e i rischi inutilmente». «L'utilizzo routinario di test preoperatori» afferma Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe «per la chirurgia elettiva non incide sulla gestione chirurgica e il riscontro di risultati falsamente positivi genera un ulteriore sovra-utilizzo di prestazioni, come terapie inappropriate, consulti specialistici ed esami invasivi che possono determinare danni ai pazienti. Inoltre, i conseguenti sprechi non sono dovuti solo all'eccesso di esami, ma anche ai ritardi generati nel processo chirurgico». Le linee guida del Nice, disponibili in italiano grazie alla traduzione della Fondazione Gimbe, prendendo in considerazione lo stato fisico del paziente secondo le classi di rischio Asa (American Society of Anesthesiologists) e la complessità dell'intervento chirurgico (minore, intermedia, maggiore), forniscono le raccomandazioni per i test diagnostici come un semaforo: rosso (non di routine), giallo (raccomandato in casi particolari), verde (sempre raccomandato). «La linea guida Nice» continua Cartabellotta «raccomanda di includere i risultati di tutti i test pre-operatori effettuati dal medico di famiglia quando si richiede un consulto chirurgico, oltre che considerare tutti i farmaci assunti dal paziente prima di effettuare qualsiasi test pre-operatorio, proprio per evitare inutili duplicazioni di esami, in particolare quelli eseguiti per specifiche comorbidità o terapie assunte dal paziente».

Altro aspetto rilevante indicato nelle linee guida è la necessità, continua la nota Gimbe, «di accertare lo stato di gravidanza, visti i rischi per la madre e per il feto determinato dagli anestetici e dalla procedura chirurgica, associati a un aumentato rischio di aborto spontaneo: infatti, il 5,8% delle gravide ha un aborto spontaneo dopo un intervento chirurgico e la percentuale sale al 10,5% se l'operazione viene effettuata durante il primo trimestre. Paradossalmente, nella chirurgia elettiva il sovra-utilizzo dei test di routine convive con il sotto utilizzo di procedure standardizzate per accertare lo stato di gravidanza, incluso il test nei casi dubbi».

«L'articolo 5 della legge 24/2017 sul rischio clinico fa riferimento» conclude Cartabellotta «alla tutela medico-legale del professionista che si attiene a "linee guida elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie e, in assenza di queste, da buona pratica clinico-assistenziali". In attesa del rilancio del Sistema nazionale linee guida, riteniamo che le raccomandazioni del Nice, prodotte con metodologia estremamente rigorosa, rappresentino un riferimento, oltre che per guidare i comportamenti professionali e per informare correttamente i pazienti, anche per la tutela medico-legale». Le linee guida sono consultabili su www.evidence.it/test-preoperatori

Psa, pro e contro dello screening generalizzato e dell'uso in clinica

(da Doctor 33 - Arturo Zenorini) Lo screening routinario per il cancro alla prostata con il test del Psa sarebbe più dannoso che benefico. Lo ha affermato, Mathieu Boniol, direttore di ricerca presso l'Istituto di ricerca internazionale di prevenzione di Lione (Francia), durante l'European Cancer Congress 2013 (Ecco-Esmo-Estro) di Amsterdam. Il team di Boniol ha condotto una revisione sistematica e una meta-analisi della letteratura, verificando la frequenza delle biopsie con i tassi di ospedalizzazione associati, la mortalità e gli effetti collaterali associati alla prostatectomia radicale. In particolare è stato stimato il danno totale che gli uomini sopportano se esposti al test del Psa applicando diverse stime degli effetti collaterali in una popolazione virtuale di 1.000 individui di età compresa tra 55-69 anni, incluso un gruppo di 1.000 uomini non screenati come gruppo di controllo. È emerso che, per prevenire una morte da cancro su 1.000 uomini, occorrerebbero 154 biopsie addizionali, 9 delle quali richiederebbero ospedalizzazione per gravi eventi avversi. Inoltre, si avrebbero 35 diagnosi aggiuntive di cancro prostatico in soggetti a basso rischio, associati a 12 situazioni aggiuntive di impotenza, 2 casi di incontinenza e 1 di incontinenza fecale. «Il lavoro di Boniol è un'analisi della letteratura, non uno studio randomizzato controllato» sottolinea Giorgio Franco, del Dipartimento di Urologia dell'Università Sapienza di Roma. «Ritengo che il test del Psa vada fatto in pazienti selezionati in base ai disturbi presentati e a tutti coloro che liberamente lo richiedono. Comunque il fatto che lo screening generalizzato sia dannoso non è provato, anzi lo studio Erspc (European randomized screening for prostate cancer) ha dimostrato che si può salvare 1 vita ogni 1.400 persone». È pur vero che «la maggior parte dei tumori sono indolenti e insorgono tardivamente, tanto che i pazienti spesso muoiono per altre cause» aggiunge Franco «e indubbiamente il test del Psa ha un prezzo alto da pagare. È possibile infatti che si effettuino biopsie inutilmente, perché i livelli del marker si alzano per qualsiasi patologia inerente la prostata (ipertrofia benigna, prostatite), e si inneschi una serie di accertamenti invasivi con possibili complicazioni e rischio di overtreatment». Al momento, però, nessun marker si è reso sostituibile al Psa. «Per il futuro servirebbero studi randomizzati con casistiche molto ampie e affinamenti diagnostici che possano indicare con certezza la presenza di una neoplasia aggressiva potenzialmente letale per il paziente».

Uso inappropriato PPI, linee guida pratiche per ridurlo in sicurezza

(da Doctor33) Nuove linee guida pratiche per aiutare i clinici nel prendere decisioni terapeutiche relative a quando e come prescrivere in sicurezza gli inibitori di pompa protonica (Ppi). Appena pubblicate sul "Canadian family physician" le raccomandazioni evidence-based si basano su studi clinici-chiave e sono focalizzate su outcome rilevanti per i pazienti, quale soprattutto il bilancio tra rischi e benefici derivanti da una riduzione del dosaggio dei Ppi. La 'filosofia' del documento è spiegata dagli stessi autori, coordinati da Barbara Farrell, dell'Università di Ottawa (Ontario). «Una linea guida mirata alla riduzione della prescrizione dei Ppi 'lavora' in combinazione con le attuali linee guida di trattamento in quanto offre ai medici raccomandazioni e considerazioni cliniche per aiutarli a sospendere la prescrizione dei Ppi ai pazienti dopo un'appropriata durata del trattamento o quando una terapia a lungo termine viene rivalutata».

Alla base della stesura delle raccomandazioni, la crescente preoccupazione per l'uso eccessivo dei Ppi: i dati epidemiologici riguardano potenziali effetti avversi, quali un aumento del rischio di malattie renali, infezione da Clostridium difficile e fratture dell'anca. Anche l'uso cronico di Ppi è frequente, nonostante alcuni studi abbiano dimostrato una mancanza di indicazione continuativa per il trattamento con Ppi in una quota compresa tra il 40% e il 65% dei pazienti ospedalizzati in trattamento con farmaci. «Quando i Ppi sono prescritti in modo inappropriato o utilizzati troppo a lungo» sottolineano al proposito Farrell e colleghi «possono contribuire alla politerapia con i relativi rischi di non aderenza, reazioni avverse, scambio tra farmaci, interazioni farmacologiche, visite in reparti di emergenza e ricoveri». Le attuali linee guida per il trattamento della malattia da reflusso gastroesofageo e dell'ulcera peptica raccomandano un breve impiego dei Ppi e suggeriscono che i medici debbano tentare di sospendere questi farmaci o trattare i pazienti utilizzando la minore dose efficace.

Tuttavia, le stesse linee guida attuali non forniscono alcun consiglio su come i medici possano attuare tali indicazioni, non fornendo per esempio raccomandazioni evidence-based su come ridurre le dosi dei Ppi o sospenderli, in particolare su strategie di uso intermittente, 'step-down' o 'on-demand'. Un algoritmo di supporto al decision-making per affrontare questi aspetti caratterizza per l'appunto le nuove linee guida canadesi, focalizzate su soggetti adulti, di età superiore a 18 anni, con sintomi a carico del tratto gastrointestinale superiore (pirosi gastrica o malattia da reflusso gastroesofageo di grado lieve-moderato o esofagite) trattati con Ppi per un minimo di 4 settimane e che hanno conseguito una risoluzione dei sintomi. Per questi pazienti, Farrell e colleghi sostengono che i medici debbano ridurre la dose giornaliera di Ppi o interrompere il farmaco e passare il paziente all'uso di Ppi su richiesta (raccomandazione

"forte"). Queste indicazioni non devono essere seguite nei pazienti con esofago di Barrett, esofagite severa di grado C o D o storia documentata di ulcere gastrointestinali sanguinanti. In alternativa all'impiego di Ppi è suggerita la possibilità di considerare un approccio terapeutico con antagonisti del recettore dell'istamina-2 (raccomandazione "debole", a causa del maggiore rischio di nuova presentazione dei sintomi con questo tipo di trattamento). Nonostante le evidenze utilizzate per lo sviluppo di queste linee guida si riferiscano prevalentemente alla malattia da reflusso gastroesofageo o all'esofagite, gli autori fanno notare che i dati possono essere estrapolati per una loro applicazione in pazienti con altri disturbi del tratto gastrointestinale superiore, come la malattia da ulcera peptica, per i quali i Ppi hanno un'efficacia più modesta o che richiedono tipicamente un trattamento a breve termine e in cui, sostengono Farrell e colleghi, una ridotta prescrizione è probabilmente più efficace. Nel complesso, gli autori ritengono che l'adesione a queste nuove linee guida possa incoraggiare i medici a valutare attentamente l'uso continuativo di Ppi nei pazienti al fine di ridurre i rischi connessi alla politerapia, specie nei soggetti anziani e fragili.

Celiachia: 6 milioni di italiani malati 'immaginari', solo 180mila sono 'veri'

(da AGI) La celiachia sulla cresta dell'onda: tutti ne parlano, molti inseguono il mito della dieta 'gluten free', ogni italiano conosce qualcuno che si dichiara celiaco. Ma quali sono le reali dimensioni di una malattia che, a giudicare dalla percezione comune, sembra aver invaso lo stivale? Partiamo da un numero: 182.852. Sono queste le diagnosi ufficiali di celiachia nel nostro Paese, stando all'ultimo rapporto annuale del ministero della Salute riferito al 2015. Una percentuale bassissima, lo 0,30% della popolazione. Ma gli esperti del ministero sottolineano che molto probabilmente il dato è sottostimato: a livello mondiale la percentuale di celiaci è pari a circa l'1%, e l'Italia non dovrebbe fare eccezione. Dunque, secondo i medici, i malati "veri" di celiachia nel nostro Paese dovrebbero aggirarsi attorno alle 600mila unità. Questi i numeri della scienza. Poi però ci sono quelli della suggestione, se non della vera e propria moda, e sono impressionanti: 6 milioni di italiani, ossia dieci volte il numero dei malati, evitano il glutine, stando ai dati dell'Associazione Italiana Celiachia. Perché ritengono, in base ad autodiagnosi alimentate da massicce dosi di web e di social, che faccia loro male. Ed è un problema: Marco Silano, esperto dell'Istituto Superiore di Sanità, ammonisce sulla "pericolosità" della moda del glutine dannoso per tutti, per la quale si è arrivati addirittura a coniare il termine "glutenfobia", se non altro perché "anche se i prodotti per celiaci hanno una formulazione migliore rispetto al passato, quando erano più ricchi di grassi, sono pur sempre a base di mais e patate, alimenti che hanno un indice glicemico più alto rispetto al frumento". Si rischia quantomeno di ingrassare, insomma, e senza motivo. Questo perché i sintomi della celiachia "vera" possono essere comuni con moltissime altre patologie, anche le più banali e transitorie. Disturbi intestinali cronici (stipsi, diarrea, meteorismo, dolori addominali), stomatiti, stanchezza cronica, anemia... Non sorprende che 5 milioni e mezzo di italiani si reputino celiaci senza esserlo. Anche perché la maggioranza delle diagnosi viene effettuata nello studio del medico curante, sulla base della semplice osservazione dei sintomi. Mentre per avere la certezza della malattia occorrerebbero test ben più impegnativi, dal dosaggio degli anticorpi anti-transglutaminasi nel sangue periferico ad addirittura una biopsia duodenale.

L'urgenza ipertensiva si cura con il riposo

(da M.D.Digital) Queste sono le conclusioni a cui sono giunti i ricercatori coordinati da Sung Keun Park della Sungkyunkwan University di Seoul, Corea del Sud. L'urgenza ipertensiva è definita come un marcato aumento della pressione arteriosa senza danno d'organo. In pronto soccorso, l'urgenza ipertensiva è convenzionalmente gestita con la somministrazione di farmaci antipertensivi, tuttavia, c'è una crescente preoccupazione per la sicurezza di tali farmaci se somministrati in tali circostanze. Pertanto, i ricercatori hanno voluto confrontare l'efficacia dei farmaci antipertensivi con la scelta di trattare con il riposo del paziente nella gestione dell'urgenza ipertensiva. È stato condotto uno studio randomizzato, controllato su 138 pazienti ipertesi ammessi in urgenza al pronto soccorso del Veterans Health Center. All'accettazione i pazienti sono stati randomizzati in un gruppo trattato con il riposo e un gruppo trattato con terapia antipertensiva (telmisartan). Durante il ricovero in pronto soccorso è stata controllata la pressione arteriosa ogni 30 minuti per 2 ore, e valutati i livelli di cambiamento e di riduzione pressori. L'endpoint primario era la riduzione media della PA tra il 10 e il 35%. Inoltre, il cambiamento e la riduzione della PAS e della PAD sono stati confrontati a 2 ore rispetto al basale. Il tasso di individui che si avvicinano all'endpoint primario era del 68.5% nel gruppo di riposo e del 69.1% nel gruppo trattato ($p=0.775$). La modificazione della PA a 2 ore non presentava differenze significative sia per la PAS ($p=0.882$) che per la PAD ($p=0.411$) tra il gruppo riposo e il gruppo in trattamento farmacologico. Inoltre, la riduzione della pressione arteriosa dopo 2 ore non ha mostrato alcuna differenza statistica per la PAS ($p=0.065$) e la

PAD (p= 0.032) tra i due gruppi.
(Park Sung Keun, et al. Comparing the clinical efficacy of resting and antihypertensive medication in patients of hypertensive urgency: a randomized, control trial. *J Hypertens* 2017; doi: 10.1097/HJH.0000000000001340)

Noduli tiroidei, nuovo schema di classificazione evita biopsie inutili

(da Doctor33) Secondo uno studio pubblicato sul Journal of the American College of Radiology, un nuovo e semplice sistema di stratificazione dei rischi basato sulle caratteristiche del nodulo tiroideo visto all'ecografia può determinare se il nodulo stesso abbia bisogno di una agobiopsia per rilevare il potenziale tumore o meno, aiutando così a evitare biopsie inutili. Per semplificare l'applicazione di questo nuovo schema non sono incluse sottocategorie e semplicemente, dopo l'assegnazione di alcuni punti in base all'aspetto osservato tramite imaging, i noduli vengono suddivisi in cinque categorie di sospetto per il cancro, a partire da 0 punti fino a 7 punti o più. «Il nostro semplice schema, definito American College of Radiology (ACR) Tiroide Imaging, Reporting e Data System (TI-RADS), assegna punti ai noduli tiroidei basandosi su cinque parametri: composizione, ecogenicità, forma, margine e focalizzazione ecogenica» spiega Franklin Tessler, della University of Birmingham in Alabama, autore principale dello studio, che poi aggiunge: «I noduli sono in seguito classificati come benigni, non sospetti oppure leggermente, moderatamente o altamente sospetti». In base alla categoria in cui cadono, si hanno indicazioni per il follow up. Per i noduli troppo piccoli per soddisfare i criteri per l'agoaspirato, l'ecografia di follow-up dovrebbe essere fatta a 1, 3 e 5 anni se si tratta di noduli moderatamente sospetti, e probabilmente negli stessi tempi se si tratta di noduli lievemente sospetti, ma dovrebbe essere eseguita ogni anno fino a 5 anni per noduli altamente sospetti. In caso di più noduli, le biopsie dovrebbero essere fatte su non più di due noduli con l'aspetto più sospetto in base ai punti totali anche se non si tratta dei più grandi, in quanto eseguire una biopsia su tre o più noduli è pratica mal tollerata dai pazienti e aumenta i costi con poco o nessun beneficio e qualche rischio aggiunto. Si consiglia la biopsia di noduli ad alto sospetto solo se sono di almeno 1 cm e di noduli che hanno un basso rischio di malignità solo quando misurano 2,5 cm o più. L'esecuzione delle ecografie di follow-up raccomandate dovrebbe rilevare qualsiasi malignità significativa ed è coerente con la tendenza alla sorveglianza attiva per il cancro alla tiroide a basso rischio. «Sarà comunque necessaria ulteriore ricerca per un tempo più lungo per determinare quanto bene questo sistema a stratificazione dei rischi basati sull'ecografia possa rilevare i noduli che potranno fare la differenza per il paziente» concludono gli autori.

(*J Am Coll Radiol.* 2017. doi: 10.1016/j.jacr.2017.01.046
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28372962>)

Allergia alimentare, nuovo documento di consenso dai pediatri Usa

(da Doctor33) Gli esperti delle National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, coordinati da Scott Sicherer, hanno firmato un documento sull'allergia alimentare appena pubblicato su *Pediatrics*. «Quanto abbiamo cercato di fare in questo articolo è individuare alcuni punti critici di interesse pediatrico» esordisce l'autore, professore di pediatria, allergia e immunologia alla Icahn School of Medicine Mount Sinai di New York, sottolineando che tra i momenti più rilevanti c'è quello diagnostico, in parte legato ai test alimentari. «È un errore attribuire troppa importanza a un risultato positivo ottenuto con i test cutanei o il dosaggio sierico delle IgE specifiche» scrivono gli esperti, spiegando che questi esami rilevano la presenza di immunoglobuline anomale, le IgE appunto, dirette contro specifici allergeni alimentari, ma da soli non bastano a far diagnosi. «L'anamnesi è fondamentale, e l'allergia alimentare deve essere considerata in presenza di sintomi da pochi minuti a qualche ora dopo l'ingestione di specifici alimenti, specie se in più occasioni» riprende l'autore, precisando che nella grande maggioranza dei casi un'allergia alimentare può essere diagnosticata quando nel medesimo paziente coesistono sintomi e positività dei test ematici o cutanei. Ma oltre alla diagnosi un altro aspetto importante che emerge dal documento è la terapia, specie l'uso dell'adrenalina nell'anafilassi. «Attualmente il trattamento è sottoutilizzato, cosa che condiziona negativamente la prognosi del paziente con shock anafilattico: se utilizzata tempestivamente l'epinefrina riduce l'ospedalizzazione e presumibilmente anche la mortalità» affermano i ricercatori, precisando tuttavia che gli autoiniettori attualmente in commercio sono disponibili solo ai dosaggi di 0,15 e 0,30 mg, troppo elevati per i neonati. «Sarebbe opportuno sviluppare anche un autoiniettore da 0,075 mg, da utilizzare nei bambini piccoli» spiega Sicherer. E conclude: «La prevalenza dell'allergia alimentare appare in aumento specie nei bambini, e il documento delle National Academies individua molti aspetti pratici che possono servire ai pediatri per diagnosticarla e curarla meglio». *Pediatrics*. 2017. doi: 10.1542/peds.2017-0194 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28739655>

	Dosaggio degli oncomarcatori: uno spreco che non serve a far diagnosi di tumore

Gli esperti hanno più volte sottolineato questo messaggio e stigmatizzato la pratica, invalsa a livello di medicina di famiglia ma anche di cure secondarie, di richiedere il dosaggio degli oncomarcatori nel caso in cui si sospetti un tumore. Uno studio, che sarà presentato tra qualche giorno al congresso europeo di oncologia calcola anche le conseguenze di questo spreco: soldi in fumo, ansia a go-go nei pazienti con marcatori elevati, sostanziale inutilità per la diagnosi di tumore. *Leggi l'articolo completo al [LINK](#)*