

Pillole di buona pratica clinica per medici pubblicate fino a dicembre 2012

- 1** **QUESITO:** Ci sono buone ragioni per prescrivere un calcio-antagonista a lunga durata d'azione anziché un diuretico in pazienti ipertesi con alto rischio cardiovascolare? (novembre 2002)
RISPOSTA: NO: l'efficacia non è diversa e il costo è molto più alto
- 2** **QUESITO:** Per la prevenzione di eventi cardiovascolari è opportuno consigliare alla popolazione il consumo di pesce e di integratori contenenti acidi grassi omega-3? (dicembre 2002)
RISPOSTA: SÌ, va consigliato un consumo di pesce almeno settimanale, ma non vi sono buoni motivi per consigliare l'assunzione di integratori
- 3** **QUESITO:** Ci sono buone ragioni per credere che gli inibitori selettivi della cox 2 siano più sicuri dei FANS tradizionali? (gennaio 2003)
RISPOSTA: NO, secondo l'esame dei dati completi degli studi CLASS e VIGOR condotto negli USA dalla Food and Drug Administration
- 4** **QUESITO:** La fluoxetina è un antidepressivo meno efficace o tollerabile degli altri inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (o ISRS)? (febbraio 2003)
RISPOSTA: NO, in medicina generale la fluoxetina dà gli stessi risultati di paroxetina e sertralina
- 5** **QUESITO:** Ci sono buone ragioni per credere che un'attività fisica moderata riduca l'incidenza di fratture d'anca nelle donne in menopausa? (marzo 2003)
RISPOSTA: SÌ, moderati livelli di attività, incluso il semplice camminare per meno di 1 ora al giorno, riducono sostanzialmente il rischio di tali fratture fino a uguagliare l'effetto della terapia ormonale sostitutiva.
- 6** **QUESITO:** Ci sono buone ragioni per affermare che nella pratica la prevenzione a lungo termine con statine costituisce un approccio efficace prioritario nell'anziano? (aprile 2003)
RISPOSTA: NO, poiché secondo due recenti studi la maggior parte degli anziani vanifica gli effetti preventivi accertati di tale terapia, abbandonandola o riducendone l'assunzione. Per ridurre il rischio cardiovascolare globale altri interventi sono prioritari (specie in prevenzione primaria).
- 7** **QUESITO:** Nell'infarto acuto il losartan è più efficace del captopril? (maggio 2003)
RISPOSTA: NO, secondo il trial randomizzato OPTIMAAL il losartan non ha dimostrato un effetto migliore del captopril nel ridurre tutte le cause di mortalità in pazienti ad alto rischio dopo un infarto miocardico acuto (IMA)
- 8** **QUESITO:** Ci sono buone ragioni per credere che nella terapia dell'ipertensione arteriosa il trattamento con ACE-inibitori, calcio antagonisti o alfa-bloccanti sia migliore dei diuretici di tipo tiazidico (clortalidone)? (giugno 2003)
RISPOSTA: NO: secondo lo studio ALLHAT i diuretici di tipo tiazidico (clortalidone) sono superiori nel prevenire alcune delle maggiori patologie cardiovascolari correlate all'ipertensione, sono ben tollerati e più economici

- 9** **QUESITO:** Quale farmaco ipoglicemizzante è la miglior scelta nel diabete mellito di tipo 2? (settembre 2003)
- RISPOSTA:** La metformina, poiché è l'unico antidiabetico orale che ha dimostrato di ridurre la mortalità cardiovascolare e quella globale nei diabetici di tipo 2 (livello di evidenza 1A)
- 10** **QUESITO:** Ci sono buone ragioni per credere che una terapia ormonale sostitutiva (TOS) nella donna in menopausa prevenga la cardiopatia ischemica, la vasculopatia aterosclerotica cerebrale o le fratture? (ottobre 2003)
- RISPOSTA:** NO: secondo gli studi WHI e HERS la TOS aumenta gli eventi di cardiopatia ischemica e di stroke e non produce una univoca riduzione della prevalenza di fratture, a fronte di un rischio diminuito di tumore del colon retto, ma di un aumentato rischio di tromboembolia polmonare e di tumore mammario
- 11** **QUESITO:** L'amoxicillina + acido clavulanico è utile nel trattamento iniziale della rinosinusite acuta degli adulti in medicina generale? (gennaio 2004)
- RISPOSTA:** NO, perché le differenze nei tempi di guarigione non sono significative e l'antibiotico dà più casi di diarrea
- 12** **QUESITO:** Vi sono strategie efficaci per ridurre l'uso di antibiotici (non necessari) nella bronchite acuta in medicina generale? (febbraio 2004)
- RISPOSTA:** Sì, la prescrizione differita (definita come possibilità di utilizzarla nel prossimo futuro in assenza di miglioramento), accompagnata da un depliant di informazione sanitaria
- 13** **QUESITO:** La pubblicazione dello studio ALLHAT ha sollevato molte critiche. Sono giustificate? (marzo 2004)
- RISPOSTA:** NO, se analizzate punto per punto in base ai dati riportati nello studio ALLHAT e nelle precisazioni ufficiali pubblicate nel dibattito scientifico che ne è seguito
- 14** **QUESITO:** I diuretici tiazidici proteggono dalle fratture dell'anca? (aprile 2004)
- RISPOSTA:** Sì, il loro uso per più di un anno è associato con un rischio almeno dimezzato di fratture d'anca
- 15** **QUESITO:** Sono stati identificati modelli di alimentazione ottimali per la prevenzione primaria e secondaria della malattia coronarica? (maggio 2004)
- RISPOSTA:** Sì, vi sono almeno tre strategie dietetiche efficaci, la cui combinazione dà benefici ancora maggiori
- 16** **QUESITO:** L'automisurazione automatica domiciliare della pressione arteriosa dà risultati attendibili e correlati alla prognosi? (giugno 2004)
- RISPOSTA:** Sì. Se l'apparecchio è clinicamente validato e usato rispettando le istruzioni, i risultati rispecchiano meglio la realtà e sono più correlati alla prognosi di quelli ottenuti con la misurazione nello studio medico
- 17** **QUESITO:** L'angioplastica coronarica dà risultati migliori dell'esercizio fisico in pazienti con malattia coronarica stabile? (settembre 2004)
- RISPOSTA:** NO: un programma di 12 mesi di esercizio fisico regolare (20 minuti di cyclette al giorno) dà superiore tolleranza allo sforzo e sopravvivenza libera da eventi cardiovascolari, a costi inferiori rispetto all'angioplastica.
- 18** **QUESITO:** Dato che la terapia ormonale sostitutiva in menopausa (TOS) presenta seri rischi, esistono alternative di provata efficacia per le donne disturbate dai sintomi vasomotori? (ottobre 2004)
- RISPOSTA:** Sì, la clonidina e altri farmaci hanno dimostrato una sufficiente efficacia e tollerabilità, senza trascurare le misure non farmacologiche.

- 19** **QUESITO:** Ottenere un colesterolo LDL molto inferiore a 100 mg/dl con trattamenti farmacologici molto aggressivi dà indiscutibili vantaggi clinici nei pazienti ad alto rischio? (novembre-dicembre 2004)
- RISPOSTA:** NO. Contrariamente all'interpretazione dello studio PROVE IT che è stata diffusa, i vantaggi tra pazienti con meno di 100 mg/dl di LDL (e a maggior ragione con meno di 70) non sembrano né significativi né rilevanti. Una dieta appropriata, da sola o con una dose standard di statine, può in genere raggiungere i livelli necessari
- 20** **QUESITO:** Posto che i benefici sulla salute sono dimostrati al di là di ogni dubbio, esistono strategie efficaci nella pratica, semplici ed economiche per aiutare le persone ad aumentare l'attività fisica? (gennaio 2005)
- RISPOSTA:** Sì. Delle sei strategie di popolazione di provata efficacia formalmente raccomandate, la più semplice è mettere cartelli nei "punti di decisione" (accanto agli ascensori) con inviti a usare le scale.
- 21** **QUESITO:** Quali sono le strategie ottimali nell'ambito dell'assistenza medica primaria per far smettere di fumare e per ridurre la mortalità nei fumatori? (febbraio 2005)
- RISPOSTA:** Il counseling delle 5 A integrato con terapia nicotinic sostitutiva combinata, e/o con bupropione (o norriptilina) sono di efficacia provata e andrebbero attivamente offerti alla maggior parte dei fumatori.
- 22** **QUESITO:** Tra le strategie valide per contrastare l'evoluzione del morbo di Alzheimer e le demenze in genere, con le connesse disabilità, vi sono i farmaci inibitori della colinesterasi? (marzo 2005)
- RISPOSTA:** NO, perché i benefici di donepezil (che ha le maggiori prove d'efficacia e tollerabilità in questa classe di farmaci) sono al di sotto delle soglie di rilevanza clinica, per la maggior parte dei pazienti. Tuttavia si può agire efficacemente su molti fattori di rischio, attuando una prevenzione primaria sulla popolazione generale e sui soggetti a rischio, inclusi i familiari dei malati.
- 23** **QUESITO:** Nella nefropatia diabetica gli effetti degli ACE-inibitori e dei sartani sono equivalenti nella protezione renale e sulla mortalità? (aprile 2005)
- RISPOSTA:** NO: sono simili nella protezione renale, ma la mortalità totale si riduce in maniera statisticamente significativa con gli ACE-inibitori e non si riduce con i sartani.
- 24** **QUESITO:** Esistono strategie alternative ai FANS non selettivi e ai COXIB per il trattamento dell'osteoartrite del ginocchio (la più colpita delle articolazioni)? (maggio 2005)
- RISPOSTA:** Sì. Esistono altri 31 approcci evidence based, in alcuni casi altrettanto o più efficaci, spesso più sicuri
- 25** **QUESITO:** Gli ACE-inibitori più recenti e costosi offrono vantaggi nel trattamento dello scompenso cardiaco congestizio rispetto a quelli più sperimentati disponibili come generici? (giugno 2005)
- RISPOSTA:** NO. L'efficacia pratica di lisinopril, ranipril, o altri ACE-inibitori non è diversa da quella di enalapril nel ridurre ospedalizzazioni e mortalità. Comunque alla medicina generale spetta anche la prevenzione primaria dello scompenso cardiaco.
- 26** **QUESITO:** Esistono strategie efficaci e praticabili dalla popolazione per prevenire i tumori intestinali? (settembre 2005)
- RISPOSTA:** Sì. L'applicazione delle conoscenze oggi disponibili consentirebbe di prevenire la maggior parte dei tumori intestinali, senza contare la frazione di morti per questi tumori evitabili con la diagnosi precoce. Molti provvedimenti che prevengono i tumori del colon-retto proteggono anche da importanti malattie degenerative
- 27** **QUESITO:** Oltre alla vaccinazione, anziani e soggetti a rischio possono adottare provvedimenti aggiuntivi per prevenire l'influenza? (ottobre 2005)
- RISPOSTA:** Sì. Istituzioni autorevoli come i Centers for Disease Control USA raccomandano apertamente numerose strategie aggiuntive, valide per l'intera popolazione

- 28** **QUESITO:** La sequenza amlodipina-perindopril usata nello studio ASCOT dovrebbe diventare il nuovo standard nel trattamento di prima linea dell'ipertensione? (novembre 2005)
- RISPOSTA:** NO. Lo studio confronta amlodipina + perindopril con un comparator inadeguato. Le prove scientifiche restano a favore dell'uso di un diuretico di tipo tiazidico a basse dosi come prima scelta nella maggior parte dei casi d'ipertensione
- 29** **QUESITO:** L'ultima metanalisi sugli effetti delle statine (su 90.000 pazienti) risolve anche il problema della loro efficacia in prevenzione primaria? E della loro efficacia nelle donne? (dicembre 2005)
- RISPOSTA:** NO. La risposta sarebbe affermativa se si guardasse solo a eventi e mortalità cardiovascolare, ma non sembra esserlo rispetto a ciò che in ultima analisi conta davvero: la mortalità totale e l'impatto complessivo sulla salute
- 30** **QUESITO:** I supplementi a base di vitamine antiossidanti (come la E) proteggono da malattie cronico degenerative (e comunque non fanno danno)? (gennaio-febbraio 2006)
- RISPOSTA:** NO. Ci sono forti prove che dosi farmacologiche, non raggiungibili con una sana alimentazione, non proteggono e possono aumentare la mortalità. L'abuso di preparati vitaminici (vit. E, e altre) è un problema non trascurabile di sanità pubblica.
- 31** **QUESITO:** Esiste una valida alternativa ai farmaci per trattare l'insonnia? E comunque chi sceglie i farmaci può usarli in modo più razionale? (marzo 2006)
- RISPOSTA:** Sì. La terapia cognitivo-comportamentale va considerata l'intervento di prima linea. Se non è disponibile e se si sceglie di trattare con farmaci, preferire benzodiazepine a emivita breve, alle dosi minime efficaci e per brevi periodi. Negli anziani i rischi possono superare i benefici.
- 32** **QUESITO:** Gli inibitori della pompa protonica (IPP) sono tutti equivalenti per il trattamento della malattia da reflusso gastroesofageo? C'è una molecola di prima scelta? (aprile 2006)
- RISPOSTA:** Sì. Dosi comparabili non danno differenze clinicamente rilevanti in termini di efficacia o di effetti avversi. Dunque la prima scelta di un IPP dovrebbe essere basata sui costi, che oggi favoriscono lansoprazolo, e poi tenere conto della risposta individuale
- 33** **QUESITO:** Secondo un grande studio randomizzato controllato di prevenzione primaria mangiare meno grassi non protegge dal cancro mammario (né dal rischio cardiovascolare). È vero? (maggio 2006)
- RISPOSTA:** NO, perché le ipotesi dietetiche su cui lo studio è stato costruito erano in parte errate. Ciò nonostante un effetto protettivo dal cancro mammario è piuttosto evidente, specie nei gruppi a rischio, e solo la conclusione anticipata dello studio non consente di dichiarare che la protezione è "statisticamente significativa".
- 34** **QUESITO:** I diabetici di tipo 2 in monoterapia con sulfoniluree sono tuttora più di quelli in monoterapia con metformina. È una pratica accettabile? (giugno 2006)
- RISPOSTA:** NO, è del tutto inaccettabile, perché da anni è noto che metformina non riduce solo le complicanze microvascolari (come le sulfoniluree), ma anche quelle macrovascolari e la mortalità. Inoltre si rafforza il sospetto che le sulfoniluree possano addirittura aumentare la mortalità.
- 35** **QUESITO:** Ci sono nuove conoscenze sulle diete efficaci per il controllo dell'ipertensione? (settembre 2006)
- RISPOSTA:** Sì. Recenti studi randomizzati controllati (RCT) hanno dimostrato che ci sono diete in grado di controllare un'ipertensione di 1° grado (<160/95 mmHg) quanto una combinazione di due farmaci.
- 36** **QUESITO:** C'è un farmaco di prima scelta nella terapia medica dei sintomi dell'ipertrofia prostatica benigna? (ottobre 2006)
- RISPOSTA:** Sì. Finasteride migliora sintomi e flusso urinario meno degli α 1-litici, che tra loro non differiscono in efficacia. Una valutazione integrata fra tollerabilità, sicurezza e costo di questi ultimi favorisce oggi tamsulosina (a brevetto scaduto). Uno stile di vita protettivo può comunque offrire ulteriori benefici.

- 37** **QUESITO:** È possibile ridurre le recidive di tumore al seno modificando lo stile di vita? (novembre 2006)
- RISPOSTA:** Sì. Ci sono prove crescenti che l'attività fisica e il controllo del peso proteggano anche dalle recidive. Lo stesso vale per un'alimentazione che corregga la sindrome metabolica e livelli elevati di testosterone e insulina. Le donne colpite da un cancro mammario hanno altre armi oltre ai follow-up e alla chemioterapia.
- 38-39** **QUESITO:** Le prove scientifiche supportano terapie ormonali sostitutive (TOS) a scopo preventivo in menopausa? (dicembre 2006-gennaio 2007)
- RISPOSTA:** No. Molte donne avvertono benefici sui sintomi, che però sono molto sensibili anche al placebo. A livello di popolazione gli effetti avversi gravi della TOS possono bilanciare i benefici nelle donne più giovani, e in seguito li superano. Per chi sceglie comunque di farvi ricorso è utile prevedere un adeguato consenso informato.
- 40** **QUESITO:** Ci sono informazioni valide sulle diete più efficaci per perdere peso e ridurre il rischio cardiovascolare (CV) in soggetti obesi? (febbraio 2007)
- RISPOSTA:** Sì. Le diete iperproteiche con pochi carboidrati sono efficaci a breve termine. Ma a un anno diete basate su cibi vegetali, con carboidrati a basso indice glicemico e pochi grassi danno risultati simili sul peso, forse minor rischio CV e certo meno impatto ambientale. Comunque una dieta dimagrante va abbinata all'attività fisica.
- 41** **QUESITO:** Per ridurre una colesterolemia non controllata a sufficienza da modifiche dell'alimentazione e dello stile di vita c'è una statina di prima scelta e con un miglior rapporto costo-efficacia? (marzo 2007)
- RISPOSTA:** Sì. Per differenti obiettivi di riduzione di LDL ci sono due soluzioni più costo-efficaci. Simvastatina equivalente è la soluzione dominante per riduzioni fino al 40%; rosuvastatina quando siano necessarie riduzioni maggiori.
- 42** **QUESITO:** Qual è la dieta più appropriata per migliorare il controllo glicemico e il rischio cardiovascolare (CV) in diabetici di tipo 2 obesi? (aprile 2007)
- RISPOSTA:** Sì. Una dieta quasi vegana con pochi grassi e con carboidrati a basso indice glicemico si è dimostrata superiore alla dieta raccomandata dall'American Diabetes Association nei risultati (perdita di peso, controllo metabolico e del rischio CV), nel gradimento ed è più sostenibile dal punto di vista economico e ambientale.
- 43** **QUESITO:** Vi sono farmaci con vantaggi sull'alendronato nella prevenzione primaria delle fratture nell'osteoporosi postmenopausale? (maggio 2007)
- RISPOSTA:** No. Il tentativo di accreditare vantaggi di farmaci coperti da brevetto non è supportato dalle prove. Queste mostrano che alendronato equivalente è la scelta migliore, dopo aver corretto lo stile di vita e assicurato un apporto adeguato di calcio e vitamina D.
- 44** **QUESITO:** La prescrizione dei farmaci antidepressivi in Italia (che vede in testa in ordine di spesa paroxetina, venlafaxina, escitalopram) è razionale? (giugno 2007)
- RISPOSTA:** No. Gli ISRS sertralina, fluoxetina e citalopram equivalenti hanno un miglior rapporto costo-efficacia, senza escludere alcuni triciclici e atipici diversi da venlafaxina, in aggiunta a molti utili approcci non farmacologici.
- 45** **QUESITO:** L'allattamento materno nei paesi sviluppati è determinante per la salute del bambino e dà grandi benefici anche alla salute della madre? (settembre 2007)
- RISPOSTA:** Sì. L'allattamento materno è associato a un rischio ridotto di molte importanti malattie del bambino e della donna, con effetti che reggono il confronto con quelli dei maggiori programmi di salute pubblica.
- 46** **QUESITO:** Contro la degenerazione maculare della retina associata all'età (AMD) si dispone solo di cure costose, con un dubbio rapporto rischi-benefici? (ottobre 2007)
- RISPOSTA:** No. Si sa ormai abbastanza sui fattori di rischio per poter insegnare ad affrontare la degenerazione maculare con la prevenzione primaria e per frenarne la progressione a livello di comunità

- 47** **QUESITO:** I farmaci generici-equivalenti offrono vantaggi anche al medico, oltre che al SSN e ai cittadini-consumatori? (novembre 2007)
- RISPOSTA:** Sì. Offrono vantaggi al medico come professionista, come convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale e come cittadino.
- 48** **QUESITO:** Si è ormai consolidato un trattamento razionale della lombalgia acuta nella pratica della medicina generale? (dicembre 2007)
- RISPOSTA:** No. Si prescrivono ancora troppi accertamenti diagnostici nel 1° mese dall'esordio, entro cui la maggior parte dei casi guarisce comunque, e non si trasmettono informazioni rilevanti strutturate, anche per prevenire le recidive.
- 49** **QUESITO:** Autori e marketing dello studio ADVANCE propongono per tutti i diabetici di tipo 2 perindopril + indapamide in aggiunta alle altre terapie. Tale conclusione è giustificata? (gennaio 2008)
- RISPOSTA:** No. Lo studio conferma solo che la riduzione di PAS e PAD di 5,6 e 2,2 mmHg dà luogo a una diminuzione di mortalità ed eventi nei diabetici, e riconferma l'efficacia di un diuretico di tipo tiazidico. Risultati pari o superiori, con spesa molto minore, si avrebbero con clortalidone, associato se occorre a ramipril.
- 50** **QUESITO:** Ci sono alternative alla terapia ormonale sostitutiva (TOS) per migliorare i sintomi vasomotori in menopausa? E per migliorare la qualità di vita? (febbraio 2008)
- RISPOSTA:** Sì. Vari interventi ottengono una riduzione $\geq 50\%$ delle vampate e gran parte delle donne che vi ricorre dichiara una migliore qualità di vita. Tra le possibili alternative si segnala l'uso di prodotti tradizionali di soia (con 20-25 g di proteine) suddivisi in 2-4 assunzioni al giorno.
- 51** **QUESITO:** I risultati di nuovi studi supportano la raccomandazione dello screening del cancro polmonare con TAC spirale per i fumatori? (marzo 2008)
- RISPOSTA:** No. I risultati finora non provano una riduzione della mortalità, ma mostrano solo l'aumento di seri effetti avversi. Chi proprio non riesce a smettere di fumare ha comunque altre risorse per ridurre il rischio di cancro polmonare, senza dover ricorrere alla TAC spirale.
- 52** **QUESITO:** Nella malattia coronarica stabile l'angioplastica (PTCA) offre un significativo valore aggiunto a una terapia medica ottimale unita a interventi sullo stile di vita? (aprile 2008)
- RISPOSTA:** No. Nei pazienti senza infarto in atto l'angioplastica (con stent) non riduce affatto i rischi di infarto cardiaco o di altri gravi eventi cardiovascolari (CV) se è in corso una terapia medica ottimale e si pratica attività fisica. Un'alimentazione salutare aggiunge ulteriori benefici per tutti.
- 53** **QUESITO:** Vi sono raccomandazioni basate sulle prove per la diagnosi e la gestione della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)? (maggio 2008)
- RISPOSTA:** Sì. Successivamente alle linee guida (LG) GOLD, l'American College of Physicians ha approvato una linea guida basata sulle prove di efficacia clinica, che lascia poco spazio al consumismo sanitario. Inoltre si segnala un nuovo fattore di rischio indipendente dal fumo: la dieta "occidentale".
- 54** **QUESITO:** Si può sostenere in base alle prove che lo studio ONTARGET ha promosso telmisartan ad antipertensivo di prima scelta, perché efficace quanto ramipril ma molto meglio tollerato? (giugno 2008)
- RISPOSTA:** No. Ramipril resta preferibile, salvo nel 4,2% dei pazienti che lo ha interrotto per tosse (con telmisartan l'1,1%) o nei pochi casi di angioedema. Inoltre ONTARGET ha bocciato la combinazione ACE-inibitore + sartano, che ha dato più eventi avversi e peggiorato gli endpoint renali.
- 55** **QUESITO:** Vi sono nuovi motivi per promuovere lo screening del tumore della prostata? Senza screening si sarebbe disarmati di fronte a un cancro che colpisce ogni anno 43 mila italiani? (settembre 2008)
- RISPOSTA:** No. Perché lo screening non ha finora dimostrato di ridurre la mortalità, ma aumenta ansia, biopsie, trattamenti non necessari di tumori non aggressivi e pesanti complicanze. Alcune misure possono comunque ridurre il rischio di contrarre il tumore e di morire, più di quanto potrebbe fare uno screening.

- 56** – **QUESITO:** È possibile ridurre le recidive di tumore al colonretto modificando lo stile di vita? (ottobre 2008)
- RISPOSTA:** Sì. Ci sono prove crescenti che fare attività fisica dopo la diagnosi ed evitare uno “stile alimentare occidentale” proteggano bene dalle recidive, oltre a ridurre la mortalità per altre cause e quella totale. Chi è colpito da un cancro al colonretto ha altre armi oltre a follow-up e chemioterapia.
- 57-58** – **QUESITO:** Ci sono strumenti non farmacologici per prevenire e gestire l’asma, riducendo i sintomi e la necessità di ricorrere a farmaci con effetti avversi potenzialmente seri? (novembre-dicembre 2008)
- RISPOSTA:** Sì. Ci sono prove crescenti della possibilità di ridurre l’incidenza di asma e di attenuarne il decorso con approcci legati ad alimentazione, rieducazione respiratoria, esercizio fisico e minor esposizione a farmaci e sostanze che la possono provocare.
- 59** – **QUESITO:** Lo studio ACCOMPLISH indica calcioantagonista + ACE-inibitore come un nuovo standard nelle associazioni di farmaci antipertensivi. Ci sono prove valide per affermarlo? (gennaio 2009)
- RISPOSTA:** No. Il confronto di amlodipina a piene dosi con idroclorotiazide sottodosato e a breve emivita non è corretto. Il diuretico clortalidone ha già battuto amlodipina e resta lo standard, da associare con un ACE-i o β -bloccante generico che abbia dimostrato di ridurre la mortalità totale.
- 60** – **QUESITO:** Le linee guida sull’ipertensione raccomandano di puntare a una PA <140/90 mmHg. Vale anche per i grandi anziani? (febbraio 2009)
- RISPOSTA:** No. Fino al 2008 le prove mostravano che i farmaci antipertensivi riducevano gli ictus, ma potevano aumentare la mortalità. Ora è provato che puntare a una PA di 150/80 mmHg con un diuretico di tipo tiazidico a bassa dose, associato se occorre a un ACE-i, riduce mortalità ed eventi avversi gravi.
- 61-62** – **QUESITO:** Lo studio ACCORD ha dimostrato che nel diabetico ad alto rischio CV un trattamento ipoglicemizzante aggressivo dà benefici sulla mortalità? Altri studi lo confermano? (marzo-aprile 2009)
- RISPOSTA:** No. ACCORD è stato interrotto per aumento di mortalità totale (e di effetti avversi). Anche in altri RCT un trattamento più aggressivo non ha dato benefici. Non ci sono prove per portare un’Hb glicata a meno di 7-7,5% con farmaci, salvo che con metformina e/o con interventi sullo stile di vita.
- 63** – **QUESITO:** Si può iniziare a stabilire nella scelta delle bevande una scala di priorità non basata solo sulle preferenze individuali, ma anche sulle prove dei loro rapporti con la salute? (maggio 2009)
- RISPOSTA:** Sì. Una revisione sistematica della letteratura sui rapporti fra bevande e salute ha consentito di proporre una guida per i consumatori negli USA, con utili implicazioni per educare a un consumo consapevole anche gli italiani.
- 64-65** – **QUESITO:** La pubblicazione di nuovi RCT sugli effetti delle statine, anche in prevenzione primaria, deve far modificare le raccomandazioni già formulate sulle statine di prima scelta? (giugno-settembre 2009)
- RISPOSTA:** NO. Anzi, nel complesso i nuovi studi le rafforzano. Nelle ipercolesterolemie non controllate dalla sola dieta, per diversi obiettivi di riduzione di LDL ci sono due soluzioni più costo-efficienti. Simvastatina equivalente è quella dominante per riduzioni fino al 40%; rosuvastatina quando occorrono riduzioni $\geq 40\%$.
- 66-67** – **QUESITO:** Il PDTA Ospedale-Territorio per il paziente iperteso sottoscritto da ASL, AA.OO. e rappresentanti della MG di Milano ha contenuti innovativi rispetto alle prassi correnti? (ottobre-novembre 2009)
- RISPOSTA:** Sì. Nella terapia dell’ipertensione la revisione delle migliori prove disponibili ha suggerito come prima scelta nella maggior parte dei pazienti, con o senza danni d’organo, la prescrizione di dieta e stile di vita + un diuretico di tipo tiazidico a bassa dose, seguiti da un ACE-inibitore generico-equivalente.
- 68** – **QUESITO:** Nei pazienti europei che si presentano al medico con tosse acuta o peggiorata, prescrivere o no antibiotici segue linee comuni? Le differenze influenzano la guarigione? (dicembre 2009)
- RISPOSTA:** No. Le variazioni nella prescrizione di antibiotici sono impressionanti (dal 75-88% circa dei pazienti con bronchite in Milano e Slovacchia, al 20-30% in Spagna, Belgio e Norvegia), non sono correlate alla gravità dei sintomi né a Linee Guida evidence based, e non hanno effetti sulla guarigione.

- 69** **QUESITO:** In cardiopatici o diabetici ipertesi in cura con statine, con cLDL <100 e HDL <50 mg/dl, niacina a lento rilascio ha battuto ezetimibe. Basta per raccomandare niacina + statine? (gennaio 2010)
- RISPOSTA:** No. Niacina o ezetimibe erano soprattutto associati ad atorva- o simvastatina, a dosi medie di 42 mg/die. Rosuvastatina a dosi adeguate potrebbe raggiungere target abbastanza simili anche da sola. Comunque quest'altro risultato negativo dovrebbe portare a una moratoria nelle prescrizioni di ezetimibe.
- 70** **QUESITO:** Tra i farmaci antidepressivi di nuova generazione si può indicare una prima scelta in base a efficacia e tollerabilità? Ci sono alternative per la depressione lieve e moderata? (febbraio 2010)
- RISPOSTA:** Sì. Un'eccellente revisione sistematica comparativa individua quattro farmaci più efficaci; di questi, due sono meglio tollerati, e sertralina è anche il meno costoso. Ma i farmaci hanno seri effetti avversi: valide alternative per le depressioni lievi-moderate sono descritte nell'omologa scheda per pazienti.
- 71** **QUESITO:** La diagnostica per immagini con raggi X o γ (a partire dalla TC) ha effetti avversi cancerogeni e tossici importanti per la popolazione? Ci sono misure efficaci per ridurli? (aprile 2010)
- RISPOSTA:** Sì. La dose media effettiva diagnostica con raggi X o γ è ormai >3 mSv/anno negli USA, e causerà più del 4% dei tumori in quel paese. E prove non conclusive mostrano che i meno studiati effetti tossici (cardiovascolari ecc.) su tutti gli organi potrebbero pesare quasi come quelli tumorali. Alcuni suggerimenti ai MMG.
- 72** **QUESITO:** È possibile che i sartani aumentino il rischio di cancro? È plausibile che si tratti di un "effetto classe", non limitato a uno-due principi attivi? (maggio 2010)
- RISPOSTA:** Sì. Nel 2003 il trial randomizzato controllato (RCT) CHARM ha mostrato un aumento significativo di mortalità per cancro con un sartano. Ora una metanalisi di tutti i RCT con durata ≥ 1 anno e almeno 100 pazienti mostra con vari sartani aumenti di rischio di cancro dell'8-11% rispetto ai gruppi di controllo.
- 73** **QUESITO:** Ci sono strategie efficaci per prevenire l'epidemia di obesità? E per recuperare un peso ragionevole? E modelli alimentari che aiutano a mantenere un peso adeguato a lungo termine? (giugno 2010)
- RISPOSTA:** Sì. A breve termine una dieta ricca di proteine vegetali e grassi salutari riduce il peso almeno quanto diete ipolipidiche, o *low-carb* con cibi animali; ma, a differenza di queste, riduce la mortalità, da cancro e totale. Alla lunga un modello basato su vegetali controlla meglio il peso, ed è l'unico ecologicamente sostenibile.
- 74-75** **QUESITO:** Gli IPP erano ritenuti farmaci molto sicuri, e le loro indicazioni si sono ampliate a dismisura. Possiamo continuare a considerarli tali? C'è motivo di usare IPP non equivalenti? (luglio-settembre 2010)
- RISPOSTA:** No. Ai classici rischi (reazioni gastrointestinali, cefalea, polmoniti, diarrea da *Clostridium difficile*, timore di possibile gastrite atrofica e tumori neuroendocrini) vanno aggiunti quelli neuropsichiatrici, interazioni con antiaggreganti, fratture e dipendenza. Quando però sono indicati gli IPP, meglio un equivalente.
- 76** **QUESITO:** Gli agenti stimolanti l'eritropoiesi (ASE) hanno un bilancio rischi-benefici favorevole in pazienti con nefropatie croniche? E in pazienti con anemia e cancro? (ottobre 2010)
- RISPOSTA:** No. Una recente metanalisi mostra che nei pazienti con nefropatie croniche il trattamento dell'anemia con epoetine e darbepoetina è associato con danni possibili o assoluti in tutti i principali esiti clinici. Anche in pazienti con anemia e cancro gli ASE si associano a un aumento di mortalità.
- 77-78** **QUESITO:** Le prove dell'efficacia degli omega-3 nel prevenire mortalità cardiovascolare (CV) e totale sono definitive? I consumi raccomandati dalle linee guida sono sostenibili? (novembre-dicembre 2010)
- RISPOSTA:** No. Revisioni sistematiche dei migliori studi non mostrano nell'insieme riduzioni di mortalità totale, né cardiovascolare. Il consumo di pesce 2-3 volte/sett. consigliato da linee guida può essere utile ma non è sostenibile a livello mondiale, e lo è ancor meno quello di omega-3 venduti come (costosi) farmaci.

- 79** **QUESITO:** L'automonitoraggio della glicemia, come è oggi comunemente praticato, dà un contributo clinicamente rilevante alla gestione del diabete di tipo 2 non trattato con insulina? (gennaio 2011)
- RISPOSTA:** No. Gli studi di efficacia mostrano riduzioni medie di HbA1c dello 0,2%, non considerate clinicamente rilevanti, al prezzo di ingenti costi di tempo e finanziari, e, per alcuni, di ansia e depressione. Strategie basate su diete a basso indice glicemico, o su diete vegane senza restrizioni caloriche sono molto superiori.
- 80** **QUESITO:** I consumi di carni (carne rossa, trasformata, pollame) sono al centro di molte "diete dimagranti". Benché ecologicamente insostenibili, aiutano almeno a controllare il peso? (febbraio 2011)
- RISPOSTA:** No. Sorprendentemente accade l'opposto. Il più grande studio prospettico su popolazioni europee mostra con coerenza che i consumi di carni si associano in modo indipendente a proporzionali aumenti di peso corporeo nel tempo. Peso forma, salute e sostenibilità ambientale si conservano (o si perdono) insieme.
- 81** **QUESITO:** Le costosissime combinazioni ezetimibe-statina comportano al SSN una spesa di 150 milioni di euro. Hanno prove di benefici rispetto ad alternative molto più economiche? (marzo 2011)
- RISPOSTA:** No. Nei RCT di confronto diretto, la combinazione con ezetimibe non ha mai fatto meglio di simvastatina da sola per esiti di interesse clinico per il paziente. Al momento, se si privilegiano le prove dirette è meglio dieta + simvastatina, se i risultati sul cLDL, dieta + rosuvastatina a dosi adeguate.
- 82** **QUESITO:** I farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) aumentano il rischio cardiovascolare. Ci sono differenze di rischio tra i principi attivi? E rischi anche con terapie brevi? (aprile 2011)
- RISPOSTA:** Sì. Con l'eccezione del naprossene, seguito dal celecoxib, tutti i principali FANS aumentano in modo significativo il rischio CV, e possono aumentare la mortalità totale. Etoricoxib, diclofenac e lo stesso ibuprofene si associano con rischi CV importanti, già evidenti con 1-2 settimane d'uso.
- 83-84** **QUESITO:** Le terapie di una demenza in atto sono deludenti. Ci sono almeno ragionevoli possibilità di prevenirla o di rallentare l'evoluzione del declino cognitivo nell'anziano? (maggio-giugno 2011)
- RISPOSTA:** Sì. Si può agire efficacemente su molti fronti, attuando una prevenzione primaria sulla popolazione e su soggetti a rischio, inclusi anziani e familiari dei malati, e frenare il declino cognitivo senza aumentare l'uso dei farmaci.
- 85** **QUESITO:** Il RCT SHARP dà finalmente la prova (eventi aterosclerotici – 17%) dell'utilità di ezetimibe + statina, almeno per i pazienti con insufficienza renale cronica (IRC)? (settembre 2011)
- RISPOSTA:** No. Gran parte degli eventi prevenuti è soggetta a valutazioni discrezionali, al contrario delle morti, di nuovo in tendenza maggiori rispetto al placebo. Inoltre questo grande RCT con ezetimibe non risponde ancora al sospetto che simvastatina possa fare meglio da sola.
- 86** **QUESITO:** La troncatura di uno studio clinico randomizzato controllato (RCT) "per benefici" del farmaco/dispositivo sperimentale dà una misura accurata dell'efficacia del trattamento? (ottobre 2011)
- RISPOSTA:** No. RCT interrotti prima del termine prestabilito portano a una sistematica esagerazione dei benefici attribuiti al trattamento, tanto maggiore quanto minore è il numero di eventi rilevati. Questi RCT "troncati" possono portare fuori strada i clinici che vi fanno riferimento.
- 87** **QUESITO:** I supplementi di calcio, cardini nella prevenzione di osteoporosi e fratture, sono oggi in discussione. Si è sopravvalutata la loro efficacia e possono esporre a rischi inattesi? (novembre 2011)
- RISPOSTA:** Sì. L'efficacia dei supplementi di Ca in monoterapia è dubbia, riguarda le fratture vertebrali, ma non le più temibili fratture di femore, che possono aumentare. Inoltre i supplementi, con o senza vit. D, potrebbero dare un aumento di rischio cardiovascolare. L'entità e le modalità del loro utilizzo vanno ripensate.

- 88** **QUESITO:** L'ipertensione è il fattore di rischio di scompenso cardiaco con maggior peso a livello di popolazione. C'è una terapia antipertensiva più efficace delle altre nel prevenirlo? (dicembre 2011)
- RISPOSTA:** Sì. I diuretici tiazidici/di tipo tiazidico (dt) sono senz'altro i farmaci più efficaci, seguiti dagli ACE-i. Un maggior uso di diuretici rispetto ad altre classi nella maggior parte degli ipertesi, da soli o se occorre con ACE-i, eviterebbe una quota importante di casi di scompenso cardiaco in Italia.
- 89** **QUESITO:** Lo screening con TC spirale ha ridotto la mortalità da ca. polmonare in un RCT USA su fumatori/ex fumatori ad alto rischio. Il SSN dovrebbe offrirlo ai fumatori italiani? (gennaio 2012)
- RISPOSTA:** No. Studi simili danno risultati discordanti sulla mortalità, e nella pratica si creerebbero gravi problemi: sovradiagnosi e pericolosi sovratratteamenti, aumento netto negli anni di tumori da radiazioni, costi ingenti, risorse pubbliche e individuali distolte dalla lotta al fumo e ad altri rischi eliminabili.
- 90** **QUESITO:** Le trigliceridemie maggiori di quelle desiderabili sono comuni, soprattutto nella sindrome metabolica. Sono sufficienti interventi non farmacologici? (febbraio 2012)
- RISPOSTA:** Sì. Nella grande maggioranza dei casi possono bastare modifiche dello stile di vita, alcune facili da attuare. In particolare non sono necessarie cps di omega-3, che si sono anche dimostrate inutili nella prevenzione primaria e secondaria cardiovascolare (CV).
- 91-92** **QUESITO:** L'USPSTF, leader mondiale in tema di prevenzione clinica, si era già espressa contro lo screening con PSA per ca prostatico nei maschi ≥ 75 anni. Cambia qualcosa nel 2012? (marzo-aprile 2010)
- RISPOSTA:** Sì. L'USPSTF ha espresso una raccomandazione contraria allo screening per ca prostatico con PSA per gli uomini nella popolazione generale di qualsiasi età (raccomandazione di grado D, cioè: c'è almeno moderata certezza che il servizio non abbia benefici netti o che i danni superino i benefici).
- 93** **QUESITO:** Una ricerca sui diabetici di Torino sostiene che l'invio a centri specialistici diabetologici di per sé aumenta la sopravvivenza. I dati presentati confermano le conclusioni? (maggio 2012)
- RISPOSTA:** No. Se nel monitoraggio il Medico rispetta alcuni indicatori di base, gli esiti principali non evidenziano valore aggiunto nel gruppo di pazienti che il MMG invia agli specialisti diabetologi, rispetto al gruppo di diabetici che il MMG segue in modo esclusivo.
- 94** **QUESITO:** La perdita del brevetto di atorvastatina modifica molto i rapporti costo-efficacia delle terapie ipolipemizzanti? Ci sono novità sulla sicurezza comparativa delle statine? (giugno 2012)
- RISPOSTA:** Sì. Atorvastatina a dose medio-bassa risulta ora molto competitiva con simvastatina e a dose medio-alta è diventata molto più efficiente di rosuvastatina, e ha dimostrato risultati migliori nella protezione renale e nel preservare il GFR in due confronti diretti, in pazienti nefropatici con o senza diabete.
- 95** **QUESITO:** Molte Linee Guida raccomandano target di PA $< 140/90$ mmHg per tutti, e meno/molto meno per diabetici, nefro- e cardiopatici. Sono target indiscutibili ed *evidence based*? (settembre 2012)
- RISPOSTA:** No. Per i grandi anziani si accettano target più alti, ma anche per cardiopatici, nefropatici e diabetici le prove stanno rimettendo in discussione convinzioni ben pubblicizzate. Molte etichette di "ipertensione" da trattare con farmaci o con terapie "da intensificare" andrebbero riviste.
- 96** **QUESITO:** Molte Linee Guida raccomandano MOC per tutte le donne dai 65 anni, o dopo i 60 anni in caso di rischio aumentato. La ripetizione frequente è *evidence based*? (ottobre 2012)
- RISPOSTA:** No. Per donne con BMD normale o lieve osteopenia (T score da -1 a $-1,5$) un intervallo ragionevole può essere > 15 anni. Con osteopenia moderata (T score da $-1,5$ a -2) quasi 5 anni. Solo con osteopenia avanzata (T score da -2 a $-2,49$) può aver senso un intervallo annuale.

97 — **QUESITO:** Senza sintomi di BPCO non servono screening spirometrici, perché i farmaci alleviano i sintomi ma non cambiano il decorso. Oltre a smettere di fumare ci sono altre difese? (novembre 2012)

RISPOSTA: Sì. L'alimentazione è un fattore di rischio importante e finora trascurato, e può proteggere sia dalla BPCO, sia da riacutizzazioni e ricoveri chi ormai ne è affetto. Gli errori alimentari sommano al fumo i loro effetti, ma chi li corregge può avere miglioramenti sorprendenti.

98 — **QUESITO:** Chi tenta di smettere di fumare deve affrontare la voglia compulsiva (*craving*) di fumare e il concreto timore di aumentare di peso. Ci sono novità su come contrastarli? (dicembre 2012)

RISPOSTA: Sì. Ci sono prove decisive che brevi sessioni di attività fisica, aerobica o isometrica, riducono sia il desiderio di fumare, sia la forza di tale desiderio. L'attività fisica combatte anche l'aumento di peso, e le strategie dietetiche per mantenere il peso nel tempo hanno fatto progressi sostanziali.