

# Slow Medicine

**Una Medicina**

**CONDIVISA**

**PRUDENTE**

**SU MISURA**

**“Posso prescrivere tranquillamente una TAC a chiunque?”**

La prescrizione della TAC va riservata ai casi in cui questa possa modificare il percorso assistenziale.

È fondamentale valutare attentamente il rapporto rischio/beneficio.

Attenzione particolare per le donne in giovane età’.

**“Il PPI non ha mai fatto male a nessuno...”**

Gli inibitori di pompa protonica devono essere prescritti alla dose più bassa e per il minor tempo possibile, soprattutto nei pazienti anziani.

## **“Prescrivo la TOS?”**

La TOS dovrebbe essere prescritta solo dopo attenta valutazione del rischio individuale per k mammella.

**“Dottore, posso prendere il generico?”**

Non esistono evidenze di una differenza di efficacia tra un farmaco generico e di marca.

Almeno per la levotiroxina e per gli antiepilettici però è consigliabile utilizzare sempre il preparato della stessa casa farmaceutica.

## **Interazioni tra farmaci ...“Ah! I citocromi!...”**

L'assunzione contemporanea di Tamoxifene e Paroxetina aumenta la mortalita' delle pazienti per k mammella.

Attenzione all'interazione di queste due molecole!

Preferire Venlafaxina nelle pazienti in trattamento con Tamoxifene.

**“Devo proprio riportare l’HbA1c di tutti i diabetici a valori ottimali?”**

I pazienti con DM tipo II di lunga durata e con comorbidità andrebbero trattati avendo come target una HbA1c tra 7 e 7.9%.

Un trattamento più aggressivo riduce la progressione della retinopatia diabetica **MA** causa un aumento della mortalità.

**“Devo proprio riportare la pressione di tutti i diabetici a valori ottimali?”**

Un trattamento aggressivo dell'ipertensione arteriosa causa al paziente effetti collaterali seri e **NON** riduce la mortalità generale né gli eventi cardiovascolari.

**“Quanto devo ridurre la FC nel paziente fibrillante cronico?”**

Nei pazienti con FAC mantenere una FC compresa tra 80 e 110 bpm non comporta un aumento degli eventi CV maggiori ma riduce il numero di controlli per il paziente e la spesa per il SSN.

**“Cosa proporre ad un Paziente con Ca prostatico in stadio I?”**

Nei pazienti con Ca della prostata in stadio I la sorveglianza terapeutica è un'opzione valida quanto EBRT e prostatectomia radicale.

La scelta va fatta in base all'età, alle malattie associate e ai desideri del paziente.

**“Un paziente con HIV può avere una vita di coppia normale?”**

I pazienti HIV positivi in terapia antiretrovirale combinata hanno un rischio basso di infettare il partner, associando l'uso del preservativo il rischio diventa trascurabile.

**“Utilizzare la pillola contraccettiva comporta rischi a lungo termine?”**

L'uso della terapia contraccettiva di lungo periodo è sicuro in termini di mortalità.

**“Ha senso ridurre i livelli di omocisteina nel post IMA?”**

La riduzione dei livelli ematici di omocisteina (anche per un lungo periodo) **NON** ha alcun effetto significativo sulla riduzione della mortalità e degli eventi cardiovascolari.

**“Vaccino le donne in gravidanza contro l’influenza A H1N1?”**

I dati di sorveglianza epidemiologica dell’influenza A H1N1 del 2009 confermano la validità delle raccomandazioni sulla **VACCINAZIONE** delle donne **in gravidanza**.

È stata inoltre dimostrata l’importanza del trattamento precoce delle malate con antivirali.

**“Prescrivo la mammografia come screening prima dei 50 anni?”**

Lo screening mammografico va condotto ogni 2 anni solamente nelle donne di età 50-74 anni.

La mammografia prima dei 50 anni va riservata a pazienti con alto rischio individuale.

È comunque fondamentale tenere conto delle preferenze della donna adeguatamente informata.

## “I DECISION AIDS sugli screening sono strumenti utili?”

I decision aids consentono di ottenere:

- maggior livello di conoscenza riguardo lo screening
- maggior grado di consapevolezza del profilo rischio-beneficio del test
- meno dubbi sulla scelta se aderire o meno

MA

il tasso di partecipazione può calare



CONSAPEVOLEZZA



SCELTA “COSTOSA”(?) DEL PAZIENTE