

IX REPORT HEALTH SEARCH

ISTITUTO DI RICERCA DELLA SIMG:
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

edizione 2016
versione completa



La riproduzione e la divulgazione dei contenuti del presente report sono consentite fatte salvi la citazione della fonte ed il rispetto dell'integrità dei dati utilizzati.

© Copyright 2016 by S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)
Via del Pignoncino, 9-11 – 50142 Firenze

Impaginazione e grafica:
Fabio Mazzoni

Versione digitale: una copia di questo report (versione completa) e del report in versione sintetica è disponibile nel sito web www.healthsearch.it in versione PDF e sfogliabile digitalmente.

Per informazioni in merito ai dati contenuti nel report contattare l'Istituto Health Search al seguente indirizzo e-mail: info@healthsearch.it

Health Search, Istituto di Ricerca della SIMG

(Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)

Presidente SIMG: Claudio Cricelli

Direttore della Ricerca: Francesco Lapi

Direttore Generale: Iacopo Cricelli

Consulenti scientifici: Carlo Piccinni, Gianluca Trifirò

Analisi Statistiche HS: Elisa Bianchini, Alessandro Pasqua, Serena Pecchioli, Monica Simonetti

Gruppo di lavoro del presente Rapporto

Coordinamento Scientifico: Francesco Lapi, Carlo Piccinni

Coordinamento Editoriale: Alessandro Pasqua

Autori: Elisa Bianchini, Ovidio Brignoli, Claudio Cricelli, Iacopo Cricelli, Francesco Lapi, Gerardo Medea, Alessandro Pasqua, Serena Pecchioli, Carlo Piccinni, Monica Simonetti

Ricercatori del Network "Health Search"

I nostri ringraziamenti vanno in particolare a tutti i medici ricercatori del network Health Search-IMS LPD che partecipano e collaborano al Progetto Health Search con pazienza, senso del dovere, competenza ed interesse (per ragioni legate alla normativa attuale in tema di privacy e riservatezza dei dati non è purtroppo possibile pubblicare l'elenco dei nominativi).

QuintilesIMS

Nata dalla fusione di Quintiles e IMS Health, QuintilesIMS è una società leader specializzata nel market intelligence per industria farmaceutica ed healthcare, aiutando i propri clienti a migliorare i risultati clinici, scientifici e commerciali (50.000 dipendenti, opera in più di 100 paesi). Leader globale nella protezione della privacy, QuintilesIMS riesce a proteggere la privacy dei pazienti grazie ad una grande varietà di tecnologie, riuscendo al contempo a guidare il settore healthcare mediante l'utilizzo dei dati. Nella sua collaborazione con SIMG, QuintilesIMS garantisce le procedure di trasmissione, archiviazione e manutenzione dei dati afferenti al database HS ed è responsabile della gestione operativa e tecnica del Network dei Ricercatori. Intendiamo pertanto ringraziare tale struttura per la collaborazione ed il prezioso lavoro che quotidianamente svolge al fine di mantenere attivo il progetto Health Search.

Contributi

Siringraziano i responsabili delle seguenti Aree Cliniche, Progettuali e di Consulenza e Supporto della SIMG: Stefano Rubini (Andrologica), Aurelio Sessa (Andrologica, Ricerca), Damiano Parretti (Cardiovascolare), Alessandro Battaglia ("Critical Appraisal"), Maria Stella Padula (Cure Domiciliari), Pierangelo Lora Aprile (Dolore e Cure Palliative), Paola Pini (Dermatologica), Giuseppe Ventriglia (Formazione), Giovanni Arpino (Forme Organizzative ed Organizzazione del lavoro), Enzo Ubaldi (Gastroenterologica), Alessandro Rossi (Malattie Infettive), Giulio Corgatelli (Medicina, Società ed Etica), Luigi Gatta (Medicina Sportiva), Gerardo Medea (Metabolica), Francesco Mazzoleni (Neurologica), Andrea Salvetti (Oncologica), Vanni Mascheroni e Antonella Toselli (Osteomioarticolare e del movimento), Germano Bettoncelli (Pneumologica), Saffi Ettore Giustini (Politiche del Farmaco e Sperimentazione Farmacologica), Luigi Canciani e Cristina Rossi (Prevenzione ed Educazione Sanitaria), Paolo Carbonatto (Psichiatria), Raffaella Michieli (Salute della Donna e Sessualità), Italo Paolini (Sistemi Informativi e Comunicazione ICT), Salvatore Campo (Urologica).

PREFAZIONE	p. XXI
1. IL DATABASE DELLA MEDICINA GENERALE	p. 6
1.1 COINVOLGIMENTO DEI MMG	p. 8
1.2 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEL DATO	p. 8
2. CARICO DI LAVORO	p. 12
2.1 CONTATTI MEDICO-PAZIENTE	p. 14
2.2 PRESTAZIONI EROGATE	p. 16
3. PREVALENZA E MANAGEMENT DELLE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO SOCIALE	p. 18
3.1 MISURE UTILIZZATE	p. 20
3.2 IPERTENSIONE ARTERIOSA	p. 20
3.3 ICTUS ISCHEMICO	p. 23
3.4 MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE	p. 25
3.5 SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	p. 27
3.6 DIABETE MELLITO TIPO 2	p. 29
3.7 BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)	p. 31
3.8 ASMA BRONCHIALE	p. 33
3.9 DEPRESSIONE	p. 36
3.10 OSTEOARTROSI	p. 38
3.11 DEMENZA	p. 40
3.12 IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (IPB)	p. 42
3.13 MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO (MRGE)	p. 44
3.14 TUMORE DELLO STOMACO	p. 46
3.15 TUMORE DEL COLON-RETTO	p. 47
3.16 TUMORE AI POLMONI	p. 49
3.17 MELANOMA MALIGNO	p. 50
3.18 TUMORE DELLA MAMMELLA	p. 52
3.19 TUMORE DELLA PROSTATA	p. 53
4. RICERCHE 2014-2016 A CURA DEI MMG DEL NETWORK HS	p. 56
4.1 ANNO 2014	p. 58
4.2 ANNO 2015	p. 67
4.3 ANNO 2016	p. 95
APPENDICE 1. VALIDAZIONE DATABASE	p. 118
APPENDICE 2. PUBBLICAZIONI HS	p. 123
APPENDICE 3. COLLABORAZIONI / PROGETTI NAZIONALI E INTERNAZIONALI	p. 135
APPENDICE 4. IL SITO WEB DI HEALTH SEARCH ED IL SOFTWARE MILLEPGP	p. 141

PREFAZIONE

Il Report Health Search quest'anno si presenta in un formato del tutto rinnovato, affiancando al classico report anche una versione dinamica e web-based. Questa novità risponde alle necessità di fornire uno strumento di immediato utilizzo a tutti i suoi fruitori, siano essi medici di medicina generale (MMG), epidemiologi, amministratori sanitari, operatori della salute, ricercatori, nonché tutti coloro che sono interessati ad approfondire le conoscenze sulla medicina generale italiana. Infatti, il nuovo formato web-based consente di scattare una fotografia nitida e obiettiva della medicina generale italiana scegliendo il punto di osservazione più adeguato alle proprie necessità; ad esempio selezionando i dati di una o più regioni, oppure individuando il lasso temporale da monitorare o, ancora, specifici gruppi di pazienti.

Con le informazioni presenti nelle diverse sezioni del report è possibile avere un'analisi sistematica delle diverse sfaccettature dell'operato dei medici di medicina generale: dal carico di lavoro, alla prevalenza e management delle patologie a maggior impatto sociale, fino all'attività di ricerca riguardante le tematiche a maggior interesse clinico e scientifico. Sebbene il nuovo formato consenta di navigare nelle diverse sezioni, accedendo alle descrizioni dettagliate delle analisi, al fine di favorire una più ampia diffusione dei contenuti di questo strumento, in questo documento sono presenti le evidenze emerse dalle analisi realizzate sui dati disponibili dal 2004 al 2014.

Il report è organizzato in diverse sezioni che cercano di coprire i vari aspetti del lavoro del MMG. La prima sezione descrive il network dei MMG Health Search che costituiscono il pilastro portante del Report stesso. In seguito, si passa ad analizzare gli aspetti del carico di lavoro in medicina generale. Il cuore del Report è rappresentato dalla sezione contenente l'epidemiologia delle principali patologie a maggior impatto sociale; difatti il ruolo epidemiologico di tale strumento è ampiamente riconosciuto all'interno del panorama italiano e internazionale, come attestato dalle numerose collaborazioni e dagli studi pubblicati nella letteratura scientifica internazionale. In questa sezione il Report dedica ampio spazio alle tematiche di management terapeutico di tali patologie, mediante la descrizione delle scelte prescrittive operate dai MMG, sia in termini di molecola, sia di scelta del farmaco generico. Oltre alle patologie croniche, sono presentati in un'apposita sezione anche i dati epidemiologici dei tumori che incidono sull'operato dei MMG. In un'ultima sezione del Report sono poi riportati i risultati delle principali e più recenti ricerche dei MMG ricercatori Health Search che, più di chiunque altro, sono in grado di individuare le problematiche cliniche e terapeutiche di maggior interesse e con un elevato impatto sul sistema sanitario nazionale.

Buona lettura.

Claudio Cricelli

Presidente SIMG, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

Francesco Lapi

Direttore della Ricerca



Health Care
Doctor
Hospital
Pharmacist
Nurse
Dentist
First Aid
Surgeon
Emergency



MEDICAL



MEDICAL





1. IL DATABASE DELLA MEDICINA GENERALE

In questa sezione del report sono presenti i dettagli sul coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG) nel Network Health Search.

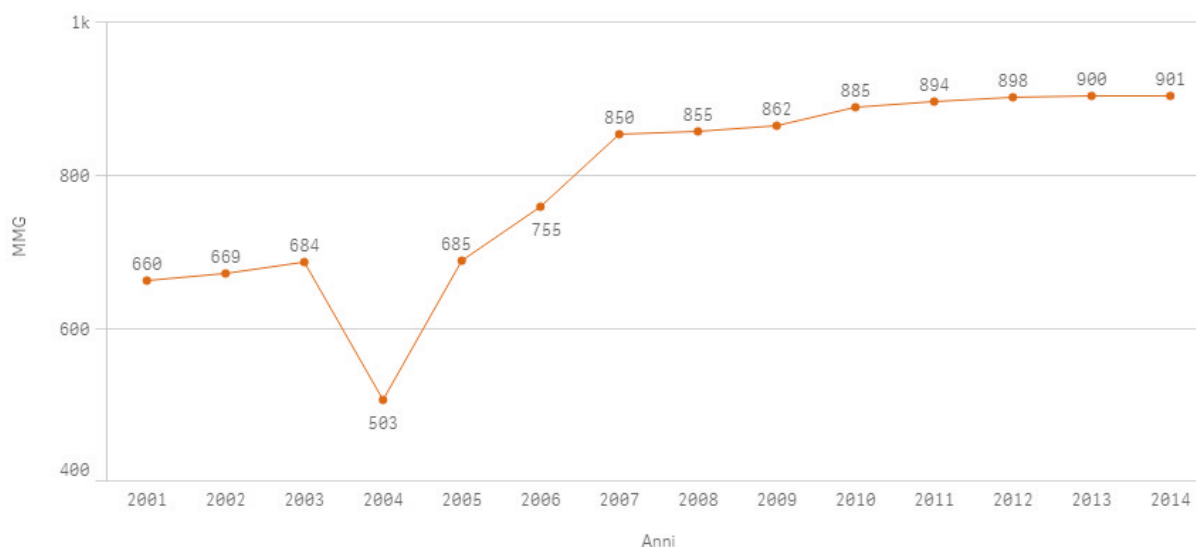
Inoltre, sono fornite informazioni sulla validazione della popolazione impiegata per tutte le analisi epidemiologiche e sulle sue caratteristiche demografiche (sesso, età e distribuzione geografica).

1.1 COINVOLGIMENTO DEI MMG

Il progressivo coinvolgimento dei MMG ricercatori nel progetto Health Search – IMS LPD si può dividere in due fasi ben distinte (**Figura 1.1a**):

- dal 2001 al 2003, in cui il numero dei MMG partecipanti è aumentato da 660 a 684;
- dal 2004 al 2014, in cui, dopo una flessione del numero dei MMG partecipanti (da 664 a 503) dovuta alla riorganizzazione del database e all'esclusione dei MMG che non rispettavano gli standard minimi di qualità, si è registrata una crescita costante fino a raggiungere 901 MMG nel 2014.

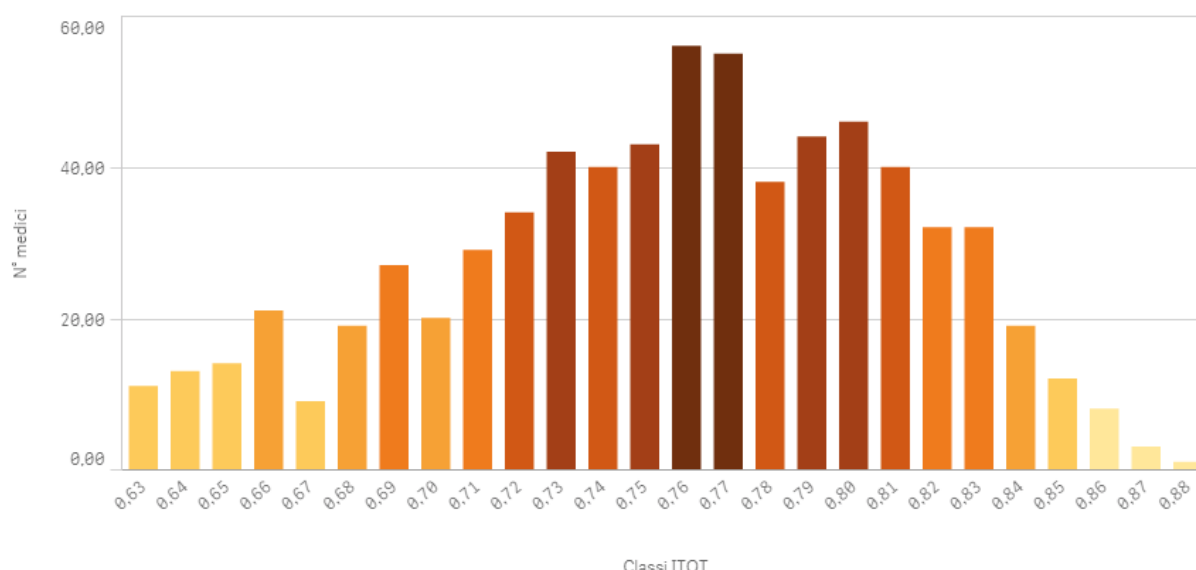
Figura 1.1a Numero di MMG attivi presenti nel database



1.2 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEL DATO

Al fine di garantire una numerosità campionaria e un'affidabilità sufficiente per condurre studi epidemiologici (anche su malattie rare), occorre sia verificare la sovrapposibilità della popolazione contenuta nel database con quella generale descritta dall'ISTAT, sia calcolare un indice complessivo di qualità della registrazione (ITOT) da attribuire ad ogni singolo MMG partecipante al progetto Health Search – IMS LPD¹. Tale indice viene stimato annualmente per singolo MMG, al fine di selezionare un sottogruppo di MMG sul quale condurre gli studi epidemiologici (per maggiori dettagli si veda Appendice 1 Validazione del database). Il valore dell'ITOT varia da 0 (minimo) a 1 (massimo) e rappresenta la media degli indici calcolati annualmente per ogni MMG per tutti gli anni presi in considerazione. Gli studi condotti sul database hanno dimostrato che un MMG con un ITOT pari o superiore a 0,6 assicura un'affidabilità sufficientemente elevata per l'arruolamento nel panel dei "MMG validati"^{2,3,4}.

La **Figura 1.2a** riporta la distribuzione di frequenza dell'ITOT dei MMG che hanno tale indice superiore a zero. La mediana (50° percentile) è collocata tra 0,70 e 0,74, un valore particolarmente elevato che conferma complessivamente la buona qualità dei dati dei ricercatori Health Search.

Figura 1.2a Distribuzione di frequenza dell'indice ITOT

Sul totale dei 901 MMG partecipanti alla fine del 2014 ne sono stati validati 800, ovvero coloro che assicuravano sia un dato affidabile, sia una rappresentatività geografica su base regionale. E' importante ricordare che, rispetto al passato, il numero dei medici validati è aumentato progressivamente da 290 del 2003 all'attuale 800.

La popolazione di soggetti adulti, in carico agli 800 MMG validati e sulla quale sono state svolte tutte le analisi epidemiologiche è pari a 1.098.570 pazienti.

Al fine di accertare la rappresentatività delle analisi, è opportuno confrontare la popolazione in studio con l'intera popolazione di riferimento⁵. Confrontando la distribuzione regionale della popolazione Health Search (HS) con la popolazione residente in Italia al 01/01/2014 rilevata dall'ISTAT (pari a 52.334.535 soggetti), emerge una sostanziale sovrapposizione tra le due popolazioni. Leggere differenze sono riscontrate solo per Emilia Romagna (HS: 5,3% vs. ISTAT: 7,4%) e Lazio (HS: 7,7% vs. ISTAT: 9,7%) che risultano leggermente sottorappresentate in HS. Al contrario, nel Friuli Venezia Giulia (HS: 4,7% vs. ISTAT: 2,1%) il numero di MMG risulta essere superiore al necessario, probabilmente a seguito dell'ampia partecipazione a progetti specifici promossi dalla SIMG e da Health Search (**Tabella 1.2a**).

1 Sessa E, et al. La creazione di un campione validato di medici di medicina generale nel database di Health Search. SIMG 2004; 3; 10-14.

2 Cricelli C et al. Prevalence estimates for chronic diseases in Italy: exploring the differences between self-report and primary care databases. J Public Health Med 2003; 25:254-7.

3 Filippi A et al. The database of Italian general practitioners allows a reliable determination of the prevalence of myocardial infarction. Ital Heart J. 2005; 6(4):311-4.

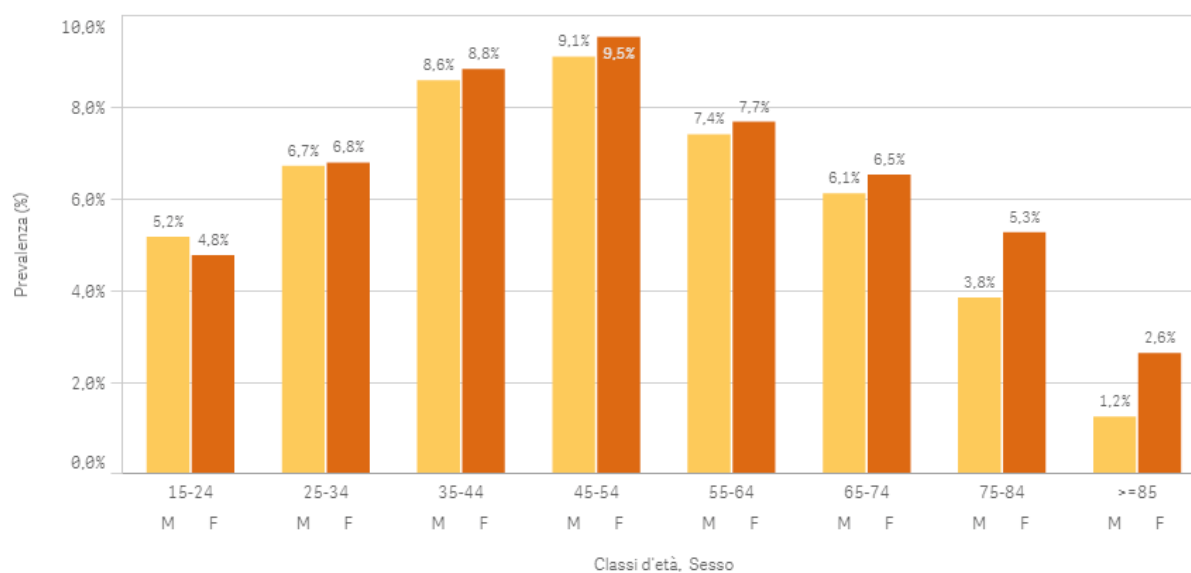
4 Mazzaglia G et al. Use of Computerized General Practice Database for epidemiological studies in Italy: a comparative study with the official national statistics. J Epidemiol Commun Health 2004; Vol.58 (suppl. 1.)

5 Lawrenson R et al. Clinical information for research; the use of general practice databases. J Public Health Med 1999;21(3):299-304.

Tabella 1.2a Distribuzione dei MMG validati e della popolazione di pazienti adulti attivi (anno 2014)

Regione	Q	MMG	%	Popolazione HS	%	Popolazione ISTAT	%
Basilicata		11	1,38	14.909	1,36	503.692	0,96
Umbria		25	3,13	33.294	3,03	779.747	1,49
Trentino-Alto Adige		7	0,88	10.693	0,97	887.251	1,7
Friuli-Venezia Giulia		38	4,75	51.558	4,69	1.074.293	2,05
Marche		19	2,38	26.804	2,44	1.346.825	2,57
Liguria		26	3,25	34.533	3,14	1.407.700	2,69
Abruzzo / Molise		28	3,5	44.292	4,03	1.438.685	2,75
Sardegna		23	2,88	28.368	2,58	1.463.126	2,8
Calabria		25	3,13	34.195	3,11	1.705.091	3,26
Toscana		45	5,63	57.250	5,21	3.268.292	6,25
Puglia		60	7,5	81.774	7,44	3.506.747	6,7
Emilia-Romagna		43	5,38	62.786	5,72	3.845.131	7,35
Piemonte/Valle d'Aosta		56	7	75.882	6,91	3.972.442	7,59
Veneto		57	7,13	80.038	7,29	4.231.343	8,09
Sicilia		72	9	97.787	8,9	4.350.915	8,31
Campania		75	9,38	103.190	9,39	4.946.950	9,45
Lazio		69	8,63	84.283	7,67	5.058.789	9,67
Lombardia		121	15,13	176.934	16,11	8.547.516	16,33
Italia		800	100	1.098.570	100	52.334.535	100

Osservando la distribuzione per sesso e fasce d'età della popolazione di pazienti attivi al 2014 in carico agli 800 MMG validati, si nota come essa sia sovrapponibile alla popolazione generale stimata dall'ISTAT, con un rapporto femmine:maschi che aumenta al crescere dell'età, fino ad arrivare a 2,6% di donne ultra 85enni vs. 1,2% di uomini della stessa classe di età (**Figura 1.2b**).

Figura 1.2b Popolazione di pazienti attivi (anno 2014) stratificati per sesso ed età



Health Care
Doctor
Hospital
Pharmacist
Nurse
Dentist
First Aid
Surgeon
Emergency



MEDICAL



MEDICAL



2. CARICO DI LAVORO

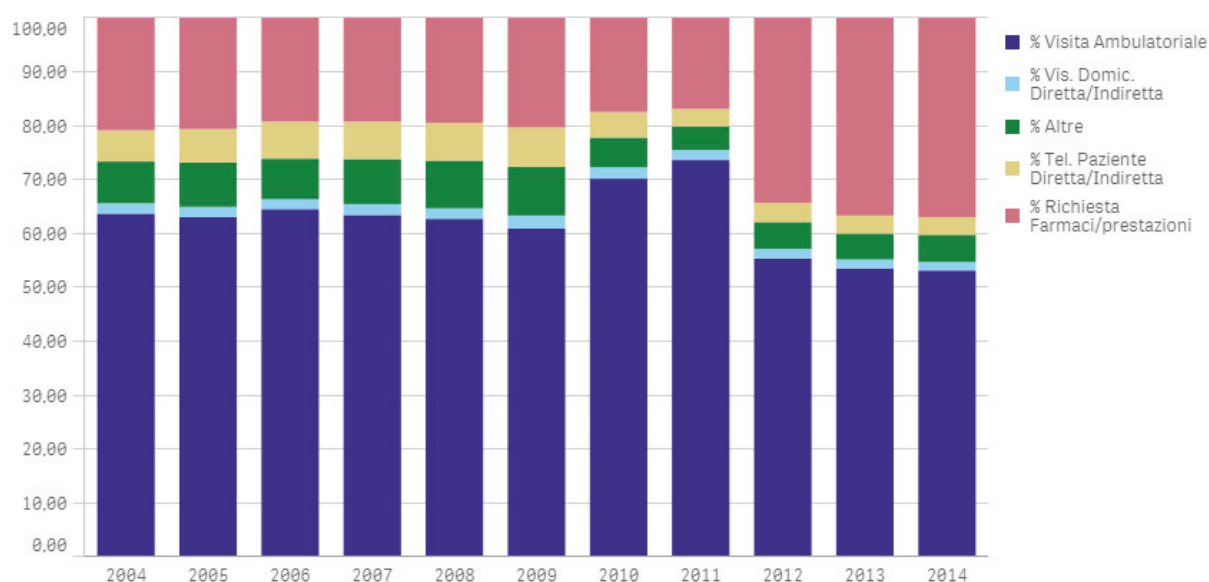
La misurazione del carico di lavoro dei medici è di grande interesse sia per i MMG, sia per gli esperti di politica sanitaria. Infatti, con la “Legge Balduzzi” (L.189/2012) si è avviata una vera e propria rivoluzione della medicina generale, con una riorganizzazione delle cure primarie. Al fine di garantire la continuità assistenziale in ambito territoriale, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici convenzionati (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, continuità assistenziale), è fondamentale attuare forme organizzative monoprofessionali o multiprofessionali. Questa riorganizzazione, inoltre, si somma alla “spending review” che si sta provando ad attuare nel nostro Paese. Pertanto, punti di osservazione che consentano di “misurare” l'attività del MMG sono molto preziosi anche considerando che un aumento eccessivo del carico di lavoro costituisce la principale causa di stress lavorativo, con potenziali conseguenze anche sulla qualità dell'assistenza⁶. Questa sezione fornisce un quadro oggettivo e aggiornato sul carico di lavoro del medico di medicina generale (MMG), inteso sia come contatti con i propri assistiti, sia come prestazioni erogate (interventi diagnostico-terapeutici). Le analisi riportate, presentano tutti i potenziali determinanti, demografici e clinici, associati a questo aspetto fondamentale dell'attività del MMG.

Occorre precisare che la stima derivante da queste analisi descrive il carico di lavoro dei MMG derivante dalla sola attività clinica, mentre, con buona probabilità, sfugge tutta l'attività burocratica svolta quotidianamente dai MMG e che incide per oltre il 50% sul tempo lavorativo.

2.1 CONTATTI MEDICO PAZIENTE

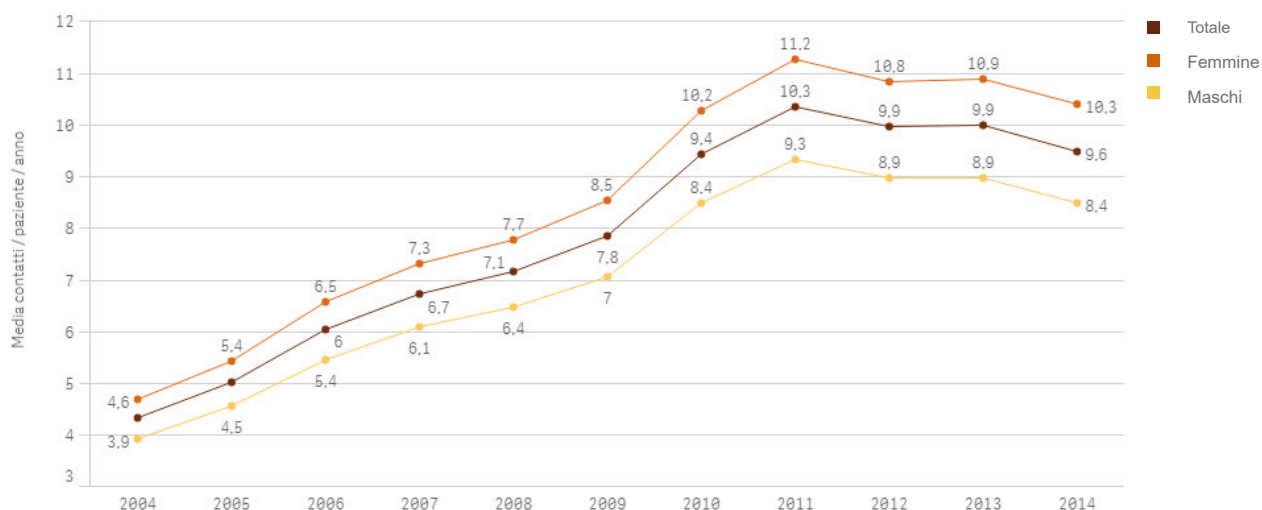
Per “contatti” si intendono tutte le visite in ambulatorio che terminano con la registrazione di una diagnosi, di una prescrizione farmaceutica, di un’indagine diagnostico-strumentale e/o di qualunque altro intervento che il MMG registra nella cartella clinica informatizzata (es. richiesta di visita specialistica, registrazioni di pressione arteriosa, BMI, etc.). Si precisa che la registrazione di una o più diagnosi e/o di una o più terapie nel corso della stessa giornata di ambulatorio per un dato paziente viene considerata come un singolo contatto. Analizzando la distribuzione percentuale per tipo di visita avvenuta negli anni 2004-2014 si nota come in tutti gli anni, la maggior parte dei contatti medico-paziente è rappresentato dalle visite di tipo “ambulatoriale”. Questa tipologia di visita ha mostrato un incremento negli anni 2010 e 2011, per poi diminuire progressivamente negli anni successivi. A questo andamento si contrappone la quota di contatti per effettuare una richiesta di farmaci e prestazioni, che è aumentata considerevolmente negli ultimi 3 anni. Infine, le visite domiciliari, così come le telefonate al paziente o altri tipi di prestazioni (es. consultazione cartelle cliniche) rappresentano una percentuale più bassa del carico di lavoro complessivo del MMG in tutti gli anni considerati (**Figura 2.1a**).

Figura 2.1a Distribuzione percentuale per tipo di visita (2004-2014)

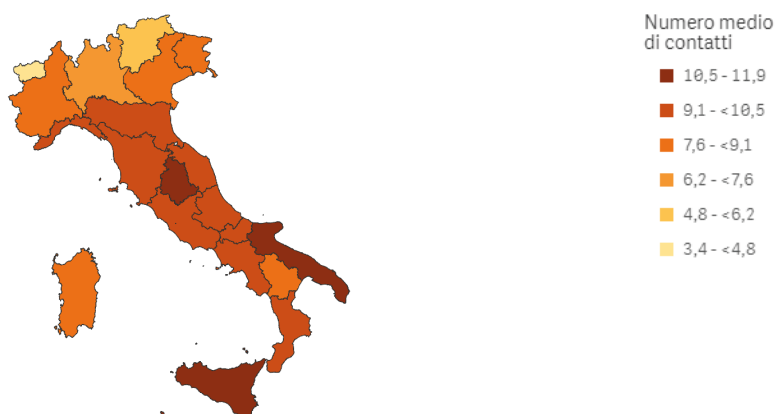


L’analisi del numero di contatti medi annuali per paziente registrati nel corso degli ultimi 10 anni (2004-2014) mostra come in tutti gli anni osservati vi sia un maggior numero di contatti per il sesso femminile. Per entrambi i sessi, inoltre, si nota un graduale e costante incremento del carico di lavoro: per i pazienti di sesso femminile (da 4,6 contatti/paziente/anno nel 2004 a 10,3 contatti/paziente/anno nel 2014), per i pazienti di sesso maschile (da 3,9 contatti/paziente/anno nel 2004 a 8,4 contatti/paziente/anno nel 2014) (**Figura 2.1b**).

6 Mazzaglia G et al. Association between satisfaction and stress with aspects of job and practice management among primary care physicians. Qual Prim Care. 2009;17:215-23.

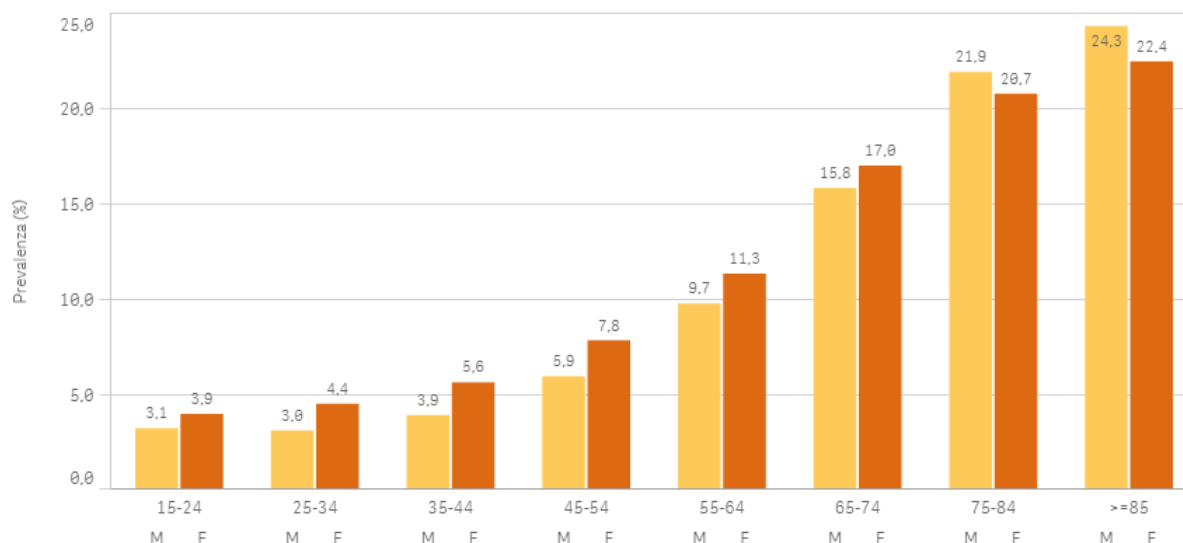
Figura 2.1b Numero medio di contatti per paziente stratificati per sesso

La stratificazione per area geografica, per l'anno 2014, indica un numero di contatti maggiori per i MMG che operano nel Centro-Sud (in particolare, Umbria e Puglia) e nelle Isole (Sicilia). Dalla cartina risulta evidente come i MMG che operano nelle regioni del Nord Italia, presentino un carico di lavoro inferiori e queste discrepanze geografiche sono riscontrabili in tutti gli anni a disposizione (**Figura 2.1c**).

Figura 2.1c Numero medio di contatti per paziente per area geografica (anno 2014)

Il numero medio di contatti annuali registrati nel 2014, stratificato per fasce di età e sesso, cresce all'aumentare dell'età dei pazienti, fino a raggiungere 21,8 contatti/paziente/anno per gli uomini ultra 85enni. Inoltre, si nota come le donne facciano registrare un maggior numero di contatti nelle fasce d'età più giovani (fino a 74 anni), mentre, nelle classi di età oltre 74 anni, c'è un'inversione di tendenza con un maggior numero di contatti per il sesso maschile (**Figura 2.1d**).

Figura 2.1d Distribuzione per sesso e fasce d'età del numero medio di contatti per paziente (anno 2014)

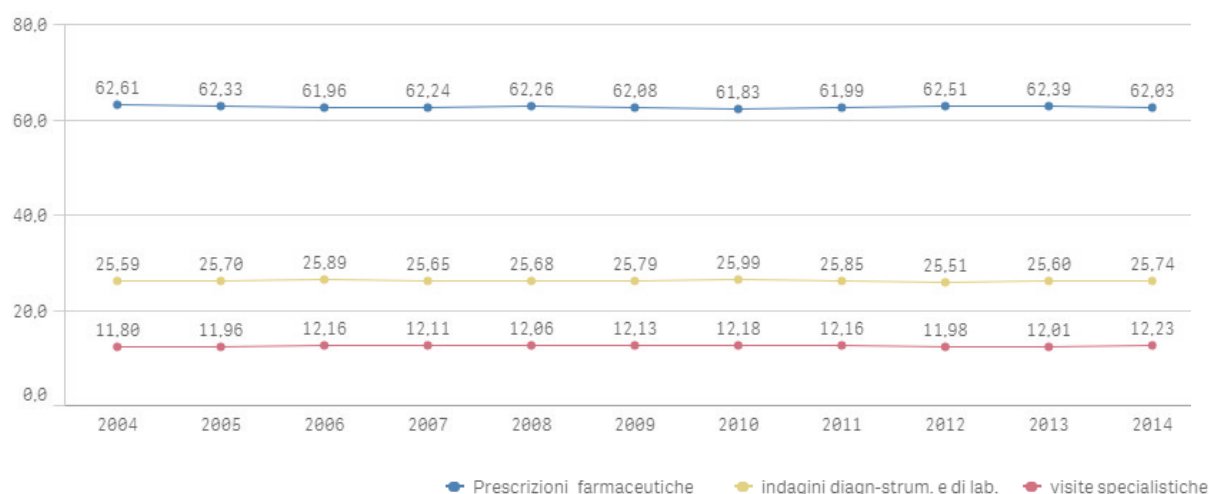


2.2 PRESTAZIONI EROGATE

Un secondo indicatore, per valutare il carico di lavoro del MMG, è rappresentato dalle prestazioni erogate, ossia dal numero di interventi diagnostico-terapeutici. Pertanto, è stato calcolato il rapporto tra il numero di contatti che culminano con la registrazione di almeno una prestazione (indagine diagnostico-strumentale e di laboratorio, prescrizione farmaceutica, visita specialistica) su 100 contatti effettuati dal MMG (denominatore). Si precisa che la registrazione di due o più richieste di visite specialistiche e/o due o più prescrizioni farmaceutiche nel corso di una stessa visita costituisce un singolo contatto attribuibile alla visita specialistica e uno da attribuire alla prescrizione.

La **Figura 2.2a** presenta l'andamento negli anni 2004-2014 delle tre macro aree di prestazioni: prescrizioni farmaceutiche, indagini diagnostico-strumentali e di laboratorio, visite specialistiche. Il carico di lavoro legato alle prescrizioni farmaceutiche diminuisce solo lievemente negli anni, andando da 62,6 richieste di prescrizione su 100 contatti nel 2004 a 62,0/100 contatti nel 2014; al contrario, si nota un leggero aumento delle richieste di indagini diagnostico-strumentali e di laboratorio (da 25,6/100 contatti nel 2004 a 25,7/100 contatti nel 2014) e delle richieste di visite specialistiche (da 11,8/100 contatti nel 2004 a 12,2/100 contatti nel 2014).

Figura 2.2a Numero di contatti culminati in almeno una prestazione (su 100 contatti) negli anni: distribuzione per tipologia di prestazione



Per valutare quanto incidono le singole patologie sull'attività complessiva del MMG è stata analizzata la distribuzione delle patologie che hanno generato il maggior numero di contatti/anno (**Tabella 2.2a**). Per condurre tale analisi è stato considerato al numeratore il numero di contatti imputabili a una data patologia e al denominatore la somma di tutti i contatti. Tra le patologie che hanno generato il maggior numero di contatti, l'ipertensione non complicata è quella maggiormente rappresentata (19,7% dei contatti totali nel 2014), seguita dal diabete mellito di tipo II (6,8%), dalla dislipidemia (4,7%) e dalla Malattia da Reflusso Gastro-Esofageo (4,4%).

Tabella 2.2a Contatti generati da ogni patologia (anno 2014)

Diagnosi	Q	N	Percentuale (%)	Diagnosi	Q	N	Percentuale (%)
Ipertensione non complicata		21.266.069	19,65	Malattie vascolari		775.841	0,72
Diabete mellito di tipo II		7.306.068	6,75	Epatopatie croniche		775.071	0,72
Dislipidemia		5.113.042	4,72	Tumori benigni		735.911	0,68
M.R.G.E.		4.706.295	4,35	Disordini mestruali-menopausa		719.455	0,66
Malattie ischemiche		4.303.189	3,98	Gravidanza		718.949	0,66
Dorsopatie		4.036.230	3,73	Ulcera gastrointestinale		693.462	0,64
Disfunzione della tiroide		3.661.768	3,38	Malattie valvolari		654.071	0,60
Depressione		3.378.782	3,12	Altre malattie cerebrovascolari		623.898	0,58
Osteoporosi o fratture		3.203.365	2,96	Rinite allergica		569.745	0,53
Malattie della prostata		3.174.754	2,93	Insonnia		531.377	0,49
Malattie del occhio		2.982.639	2,76	Enterocoliti		524.084	0,48
Infezioni delle vie respiratorie		2.977.876	2,75	Micosi		479.677	0,44
Fibrillazione		2.529.142	2,34	Parkinson		459.536	0,42
Cancro senza metastasi		2.466.233	2,28	Psoriasi		452.056	0,42
Osteoartrosi		2.202.926	2,04	Colelitiasi		438.856	0,41
Gastroduodenite		1.830.433	1,69	Psicosi		434.555	0,40
Ictus ischemico		1.742.708	1,61	Dermatiti		434.247	0,40
B.P.C.O.		1.496.077	1,38	Otiti		410.762	0,38
Aritmie cardiache		1.421.695	1,31	Infezione delle vie urinarie		410.058	0,38
Sintomi respiratori		1.378.773	1,27	Influenza o polmonite		326.843	0,30
Asma		1.357.400	1,25	Obesità		263.956	0,24
Ipertensione con complicazioni		1.287.572	1,19	Linfomi		225.082	0,21
Disturbi neurotici		1.193.291	1,10	Herpes		220.715	0,20
Vasi linfatici		1.128.072	1,04	Diabete mellito di tipo I		209.132	0,19
Malattia renale cronica		1.073.446	0,99	Disordini polmonari		161.392	0,15
Anemie		1.061.995	0,98	Disturbi della personalità		158.730	0,15
Scompenso		1.030.755	0,95	Malattie della coagulazione		146.311	0,14
Artrite reumatoide		951.940	0,88	Umore psicotico		143.880	0,13
Cistite		950.466	0,88	Polineuropatie		106.788	0,10
Gotta o iperuricemia		927.025	0,86	Deficit nutrizionali		97.823	0,09
Malattie dentali		915.189	0,85	Cancro metastatici		86.427	0,08
Epigastralgie		908.105	0,84	Sterilità femminile		85.723	0,08
Altri problemi neurologici		893.937	0,83	Ictus emorragico		68.387	0,06
Demenza		873.763	0,81	Squilibri elettro		66.957	0,06
Altre malattie polmonari		840.389	0,78	Paralisi		58.179	0,05
Emicrania o cefalea		811.558	0,75	Aids o HIV		10.340	0,01
Ernie addominali		810.062	0,75				



Health Care
Doctor
Hospital
Pharmacist
Nurse
Dentist
First Aid
Surgeon
Emergency



MEDICAL



MEDICAL



3.

PREVALENZA E MANAGEMENT DELLE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO SOCIALE

In queste sezioni del report sono presentati i risultati, relativi alla popolazione italiana, delle principali patologie croniche con un elevato impatto sociale. Diversamente dagli studi epidemiologici progettati ad hoc, e dai sistemi che valutano gli esiti di determinate patologie, basati su algoritmi che calcolano indirettamente la prevalenza della specifica malattia mediante le schede di dimissione ospedaliera (SDO), i dati contenuti nel database Health Search (HS) consentono di mappare le patologie croniche in maniera dettagliata e indicativa delle dinamiche assistenziali del territorio. Queste informazioni, pertanto, rappresentano un importante strumento di politica ed economia sanitaria, in quanto, consentono di conoscere la distribuzione di una determinata patologia a livello territoriale e, conseguentemente, permettono di stimare il consumo di risorse e il relativo carico di spesa.

In queste sezioni si analizza, inoltre, il profilo prescrittivo di specifiche terapie farmacologiche impiegate nel trattamento di date patologie, consentendo valutazioni sull'appropriatezza d'uso dei farmaci per la cura delle stesse. Riguardo le abitudini prescrittive viene, inoltre, presentata la quota di farmaci generici prescritti dai medici, analizzandoli per singola molecola/categoria terapeutica.

Al fine di valutare il "carico" sanitario dell'oncologia nel setting della Medicina Generale, il capitolo include altresì le prevalenze di alcuni tumori. Tali misure possono essere impiegate anche per stimare il numero di pazienti oncologici che necessitano di un controllo medico, oppure il numero di pazienti che devono essere seguiti attivamente dal punto di vista clinico in quanto ad alto rischio di ripresa della malattia.

3.1 MISURE UTILIZZATE

All'interno della cartella clinica HS, il MMG è tenuto a riportare la diagnosi del singolo paziente, codificata mediante il sistema ICD-9-CM. Questa codifica consente di selezionare i soggetti con una determinata patologia e quindi di effettuare analisi per specifici gruppi di malattia.

Per ogni patologia sono state analizzate:

- la **prevalenza "lifetime" di patologia** (%) standardizzata⁷ per fasce d'età e stratificata per sesso dal 2004 al 2014. Essa misura la proporzione cumulativa di individui di una popolazione che, entro la fine di un dato periodo di osservazione, ha avuto una diagnosi di patologia. Tale prospettiva parte dal presupposto, tipico della medicina generale, che considera, in presenza di patologia cronica, la necessità della presa in carico del paziente indipendentemente dalla sintomatologia clinica e dal conseguente intervento;
- la **prevalenza d'uso di farmaci** per la specifica patologia. Essa viene calcolata, ad esempio nel 2014, dividendo il numero di soggetti che, nel corso dell'anno di osservazione, hanno ricevuto una prescrizione di un determinato farmaco per il totale dei pazienti affetti dalla patologia considerata al 31/12/2014 (e con questo criterio anche negli anni precedenti). Tale indicatore descrive la distribuzione di un farmaco nella popolazione, indipendentemente dalla quantità di principio attivo consumato da ogni soggetto;
- la **quota di prescrizione del generico** calcolata come % delle DDD⁸ prescritte ai pazienti affetti da una data patologia, selezionati all'inizio dell'anno di osservazione. Tale quota è stata valutata per singola molecola o classe terapeutica nell'anno 2014, distinguendo tra prescrizione del farmaco generico (intesa anche come prescrizione del solo principio attivo) e quella del farmaco branded.

3.2 IPERTENSIONE ARTERIOSA

3.2.1 Codifiche impiegate

Diagnosi (ICD-9-CM): 401-405.x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Alfa bloccanti (C02); (2) Diuretici (C03); (3) Beta bloccanti (C07); (4) Calcio antagonisti (C08); (5) ACE Inibitori e associazioni (C09A, C09B); (6) Sartani e associazioni (C09C, C09D).

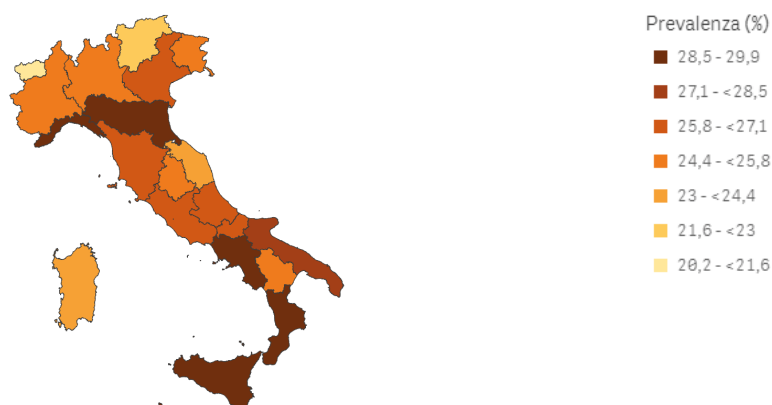
7 Standardizzazione: prevalenze aggiustate per controllare gli effetti dovuti all'età o ad altre caratteristiche al fine di permettere validi confronti tra popolazioni diverse.

8 DDD (Defined Daily Dose) o dose definita giornaliera è l'unità di misura standard della prescrizione farmaceutica, definita dall'Organizzazione mondiale della sanità come la "dose di mantenimento giornaliera media di un farmaco utilizzato per la sua indicazione principale nell'adulto" [<http://www.whocc.no/>]

3.2.2 Risultati

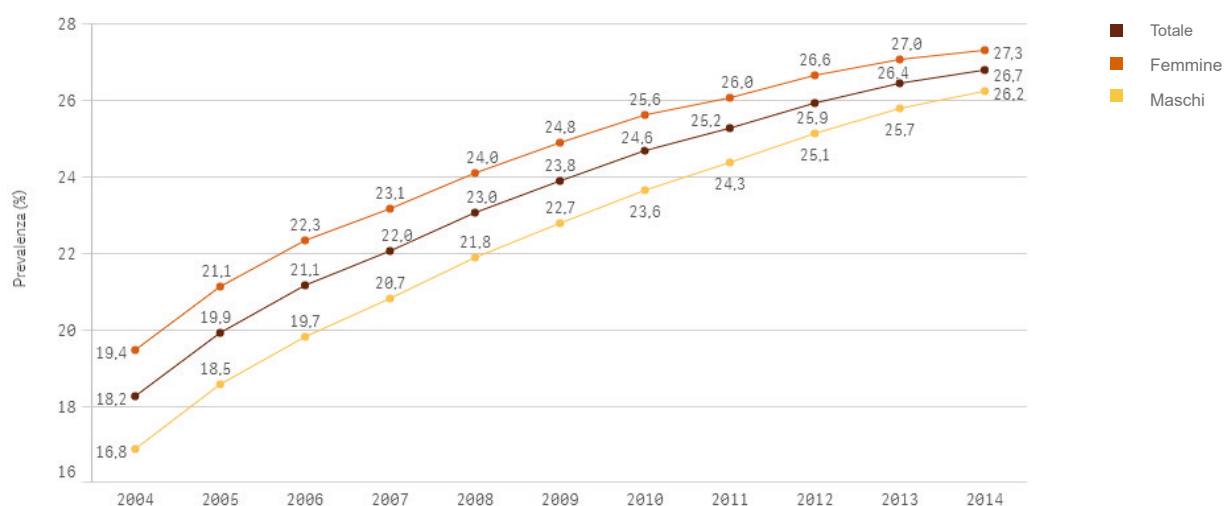
Nel 2014, sono stati registrati 293.701 soggetti con diagnosi di ipertensione arteriosa dagli 800 MMG validati del network HS, per una prevalenza di patologia pari a 26,7%. L'analisi geografica delle stime di prevalenza (**Figura 3.2.a**) mostra una maggiore prevalenza in alcune regioni del Sud, in particolare Campania (29,9%), Sicilia (29,2%) e Calabria (29,1%), e in alcune del Nord, come Emilia Romagna e Liguria (entrambe 29,4%).

Figura 3.2.a Prevalenza (%) "lifetime" di Ipertensione arteriosa: analisi per regione (anno 2014)



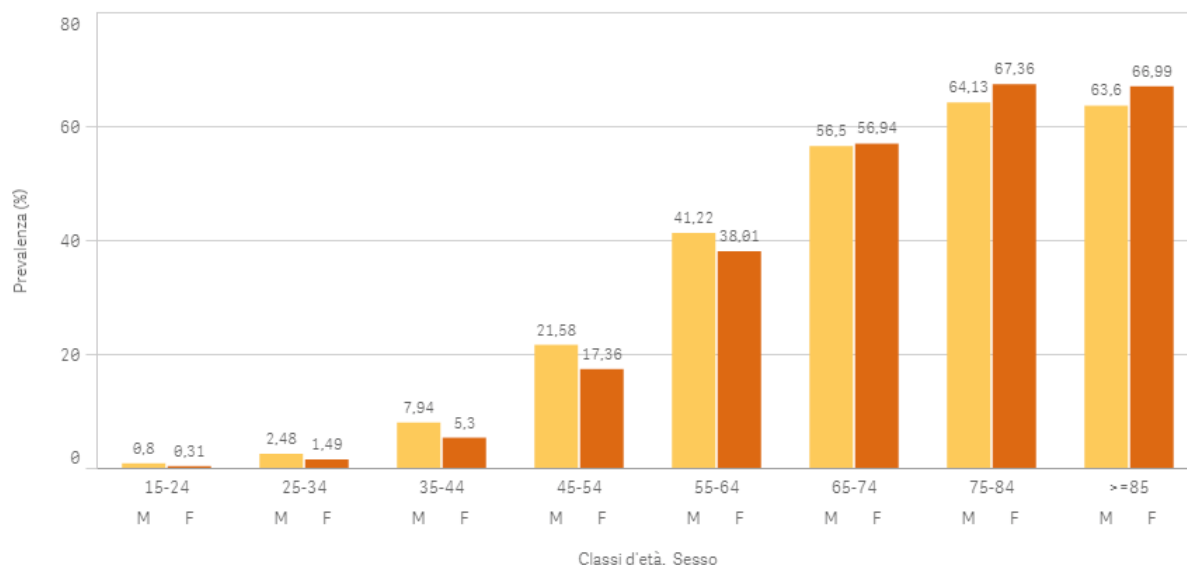
La prevalenza di ipertensione presenta un trend crescente nel periodo 2004-2014, variando dal 18,2% nel 2004 al 26,7% nel 2014. Le stime di prevalenza sono risultate maggiori nelle donne rispetto agli uomini: nel sesso femminile la prevalenza di ipertensione varia dal 19,4% del 2004 al 27,3% del 2014, mentre negli uomini dal 16,8% del 2004 al 26,2% del 2014 (**Figura 3.2.b**).

Figura 3.2.b Prevalenza (%) "lifetime" di Ipertensione arteriosa: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



L'analisi per età evidenzia una relazione positiva tra aumento dell'età e aumento della prevalenza di ipertensione, con un picco nella fascia 75-84 anni e una lieve riduzione negli ultra 85enni. La prevalenza di ipertensione risulta superiore nei maschi nelle fasce d'età tra l'adolescenza e i 55-64 anni (41,2% nei maschi vs. 38,0% nelle femmine); viceversa, dopo i 55 anni la prevalenza è superiore nel sesso femminile, in particolare nella fascia 75-84 anni (64,1% nei maschi vs. 67,4% nelle femmine) (**Figura 3.2c**).

Figura 3.2c Prevalenza (%) "lifetime" di Ipertensione arteriosa: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



L'analisi della prevalenza d'uso dei farmaci antipertensivi (**Tabella 3.2a**) mostra un trend in crescita dal 2004 al 2014 per sartani e beta bloccanti, mentre le altre classi di farmaci rimangono stabili o in leggera diminuzione. Gli ACE inibitori rappresentano la classe di farmaci maggiormente prescritta in tutti gli anni analizzati e, nel 2014, essi rappresentano il 36,6% dei farmaci antipertensivi, seguiti da sartani (31,5%) e da beta bloccanti (30,5%). Le classi meno prescritte, invece, sono risultate i calcio antagonisti (21,5%), i diuretici (18,6%) e gli alfa bloccanti (5,7%). La quota di prescrizione dei farmaci generici è risultata in crescita per tutte le classi di farmaci e, nel 2014, essa era pari al 28,4% per i beta bloccanti, al 25,4% per gli ACE Inibitori, al 17,8% per i calcio antagonisti, al 16,9% per gli alfa bloccanti, al 13,0% per i diuretici e al 10,7% per i sartani.

Tabella 3.2a Prevalenza d'uso (%) di farmaci antipertensivi

anno ▼	Misure										
	ACEI	% Generici	BETA	% Generici	SAR	% Generici	CAA	% Generici	DIUR	% Generici	ALFA
2014	36,61	25,41	30,53	28,35	31,46	10,72	21,54	17,75	18,61	12,99	5,53
2013	37,64	24,47	30,15	27,53	31,98	9,12	22,31	16,65	18,78	12,89	5,74
2012	37,93	22,47	29,35	26,66	32,25	7,04	22,82	15,25	18,85	13,43	5,87
2011	38,61	20,27	28,64	25,03	31,85	3,42	23,96	12,09	19,05	12,51	6,13
2010	39,23	17,77	27,97	23,62	31,56	1,67	24,75	9,41	19,65	11,50	6,35
2009	39,97	13,49	27,12	21,13	30,32	0,00	24,94	7,53	19,78	11,07	6,54
2008	40,39	8,72	26,18	21,06	28,79	0,00	24,95	6,40	19,81	11,01	6,66
2007	40,29	4,11	25,09	21,96	27,26	0,00	24,65	3,76	20,12	10,75	6,96
2006	41,08	2,71	24,88	22,24	26,96	0,00	25,69	3,87	21,00	9,27	7,47
2005	41,76	1,55	23,91	21,52	24,92	0,00	25,91	4,36	21,01	7,00	7,62
2004	42,16	0,13	22,60	18,83	21,54	0,00	25,85	4,48	20,95	3,71	7,82

ACEI: ACE-Inibitori; SAR: Sartani; BETA: Beta-Bloccanti; CAA: Calcio-Antagonisti; DIUR: Diuretici; ALFA: Alfa-Bloccanti

3.3 ICTUS ISCHEMICO

3.3.1 Codifiche impiegate

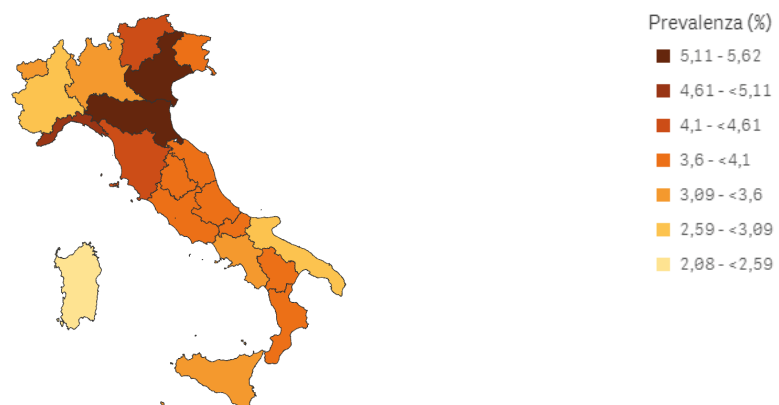
Diagnosi (ICD-9-CM): 433.x-436.x, 438.x, 342.x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Ipolipidemizzanti (C10); (2) Antitrombotici (B01A); (3) Antipertensivi (C02, C03, C07-9); (4) Uso, nel corso dell'anno di osservazione, di tutte le categorie terapeutiche considerate.

3.3.2 Risultati

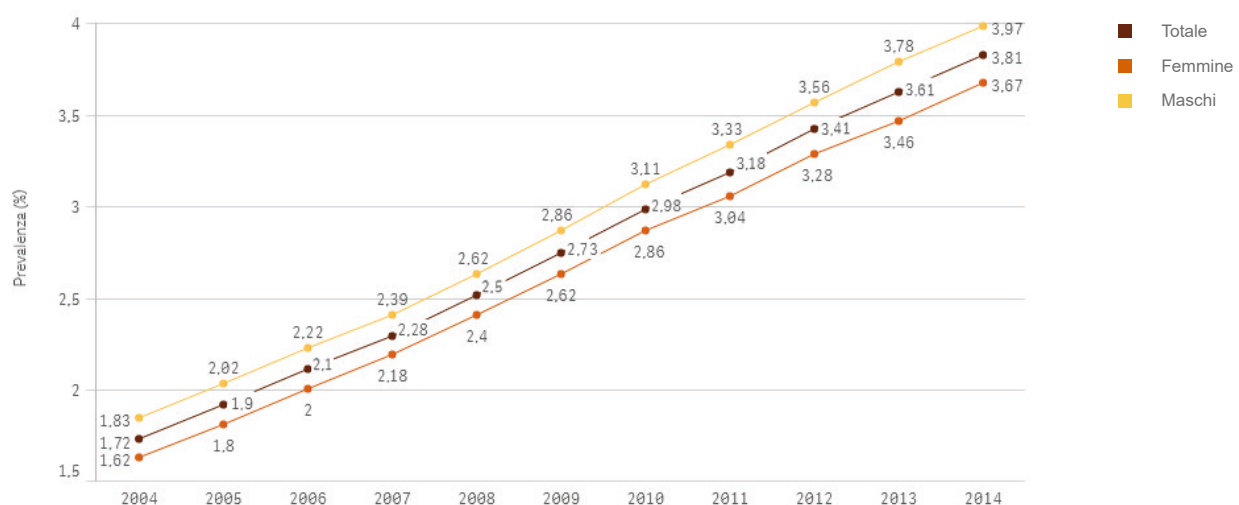
Nel 2014, sono stati registrati 41.901 soggetti con diagnosi di ictus ischemico dagli 800 MMG validati del network HS, per una prevalenza di patologia pari a 3,8%. L'analisi geografica della prevalenza (**Figura 3.3a**) mostra che alcune regioni del Centro Nord presentano stime più alte di ictus ischemico, in particolare l'Emilia Romagna (5,6%), il Veneto (5,2%), e la Liguria (5,0%).

Figura 3.3a Prevalenza (%) "lifetime" di Ictus ischemico: analisi per regione (anno 2014)



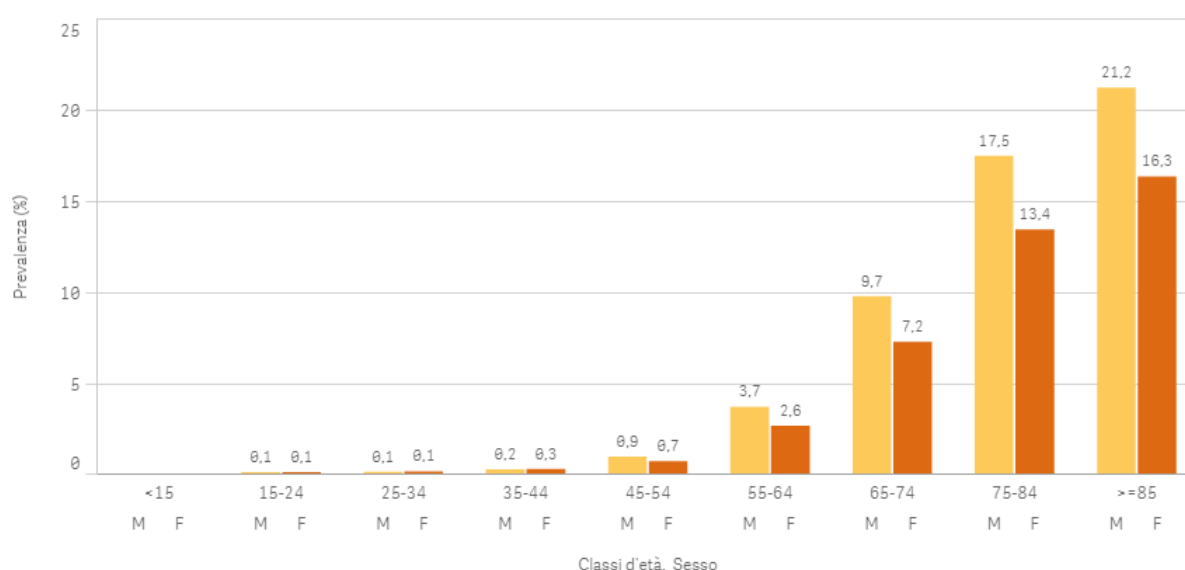
La prevalenza di ictus ischemico risulta in netta crescita, andando dall'1,7% nel 2004 al 3,8% nel 2014, con stime maggiori negli uomini (1,8% nel 2004 e 4,0% nel 2014) rispetto alle donne (1,6% nel 2004 e 3,7% nel 2014) (**Figura 3.3b**).

Figura 3.3b Prevalenza (%) "lifetime" di Ictus ischemico: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



L'analisi per età (**Figura 3.3c**) evidenzia un aumento della prevalenza di ictus ischemico all'aumentare dell'età, raggiungendo il massimo negli ultra 85enni, sia tra i maschi (21,2%), che tra le femmine (16,3%). In tutte le fasce d'età il sesso maschile presenta stime di prevalenza nettamente superiori al sesso femminile.

Figura 3.3c Prevalenza (%) "lifetime" di Ictus ischemico: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



L'analisi della prevalenza d'uso di farmaci per l'ictus ischemico (**Tabella 3.3a**) mostra una sostanziale stabilità per i farmaci antipertensivi e antitrombotici, con valori superiori al 70% sul totale dei soggetti con diagnosi di ictus. Tra il 2004 e il 2014 si è osservato, inoltre, un aumento nell'uso della politerapia (23,5% nel 2004 vs. 41,5% nel 2014). Tale andamento è da imputare principalmente all'uso crescente di ipolipidemizzanti (30,0% nel 2004 vs. 53,3% nel 2014). Nel 2014 la prescrizione di farmaci generici ai soggetti affetti da ictus è stata pari al 33,4% di tutti gli antipertensivi prescritti, seguita dal 21,2% degli ipolipidemizzanti e dal 10,7% degli antitrombotici.

Tabella 3.3a Prevalenza d'uso (%) di farmaci per l'ictus ischemico

anno ▼	Misure						
	POLI	AIPER	% Generici	ATRO	% Generici	IPO	% Generici
2014	41,54	78,07	33,39	74,80	10,73	53,32	21,20
2013	41,91	78,46	32,10	75,91	9,82	53,30	15,94
2012	40,69	78,32	30,12	75,87	9,98	51,79	14,38
2011	39,75	78,27	27,20	76,11	10,22	50,34	11,44
2010	38,43	78,01	24,76	76,50	10,42	47,99	10,10
2009	36,55	77,63	21,20	76,55	10,77	45,37	9,16
2008	34,18	76,65	18,37	76,05	11,17	42,02	7,27
2007	30,72	74,82	15,35	74,50	11,15	37,98	3,81
2006	28,64	75,02	13,99	75,02	11,59	35,33	0,29
2005	25,64	74,23	12,06	73,90	12,19	32,02	0,24
2004	23,45	71,61	9,03	71,74	12,79	29,97	0,17

ACEI: ACE-Inibitori; SAR: Sartani; BETA: Beta-Bloccanti; CAA: Calcio-Antagonisti; DIUR: Diuretici; ALFA: Alfa-Bloccanti

3.4 MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE

3.4.1 Codifiche impiegate

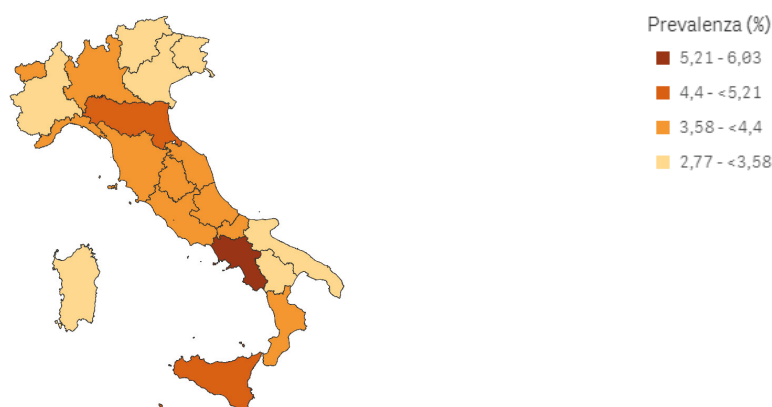
Diagnosi (ICD-9-CM): 410.x-414.x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Ipolipidemizzanti (C10); (2) Antitrombotici (B01A); (3) Antipertensivi (C02, C03, C07-9); (4) Uso, nel corso dell'anno di osservazione, di tutte le categorie terapeutiche considerate.

3.4.2 Risultati

Nel 2014, i soggetti in carico agli 800 MMG validati del network HS con una diagnosi di malattie ischemiche del cuore sono stati 43.897, per una prevalenza di patologia di 4,0%. Nelle stime di prevalenza si osservano differenze tra le diverse regioni, con i valori più elevati in Campania (6,0%), Sicilia (4,7%) ed Emilia Romagna (4,6%) (**Figura 3.4a**).

Figura 3.4a Prevalenza (%) "lifetime" di Malattie ischemiche del cuore: analisi per regione (anno 2014)



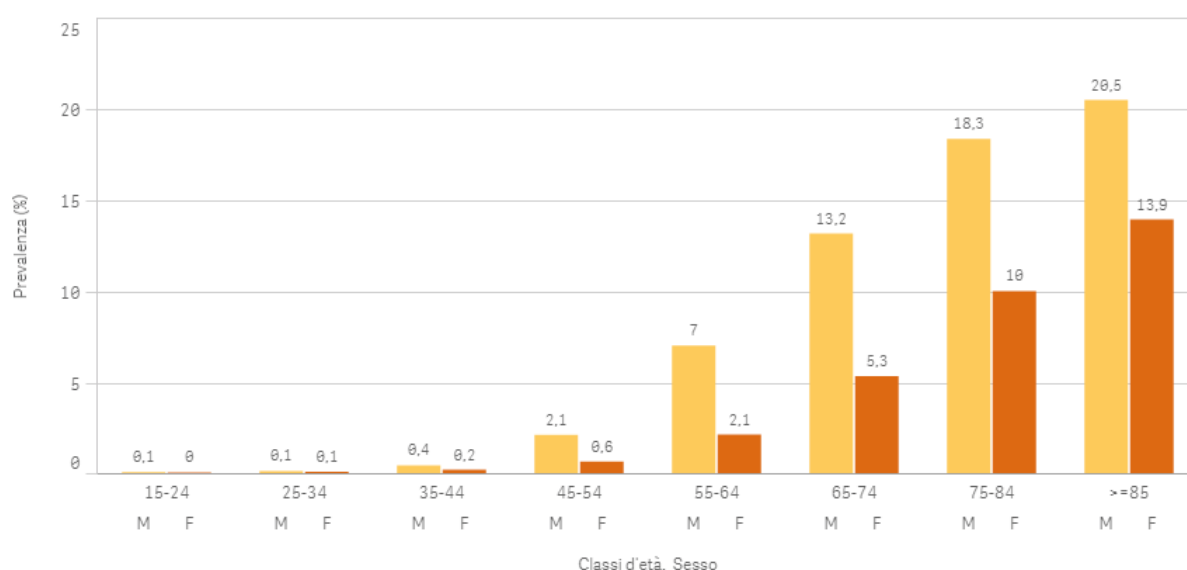
La prevalenza di malattie ischemiche cardiache mostra un trend in leggera crescita (**Figura 3.4b**) che varia dal 2,9% del 2004 al 4,0% del 2014, con stime sensibilmente maggiori negli uomini (3,7% nel 2004 e 5,2% nel 2014) rispetto alle donne (2,3% nel 2004 vs. 2,9% nel 2014).

Figura 3.4b Prevalenza (%) "lifetime" di Malattie ischemiche del cuore: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



Un trend crescente della prevalenza di malattie ischemiche del cuore si evidenzia in relazione all'aumento dell'età, sia per i maschi sia per le femmine, con valori più elevati nei maschi in tutte le fasce di età. Il picco di prevalenza si registra tra i maschi ultra 85enni (20,5%) (**Figura 3.4c**).

Figura 3.4c Prevalenza (%) “lifetime” di Malattie ischemiche del cuore: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



L'analisi sulla prevalenza d'uso dei farmaci per le malattie ischemiche del cuore (**Tabella 3.4a**) mostra un leggero aumento tra il 2004 e il 2014 per antipertensivi (dall'80,1% all'85,3%) e per antitrombotici (dal 71,2% al 77,5%). Un aumento più marcato si riscontra, invece, nell'uso di ipolipidemizzanti che variano dal 46,3% del 2004 al 65,9% del 2014, con conseguente aumento della politerapia che aumenta dal 39,3% nel 2004 al 58,0% nel 2014. La quota di generici prescritti nel 2014 a soggetti affetti da malattie ischemiche del cuore è stata pari al 35,9% per gli antipertensivi, mentre per gli ipolipidemizzanti e gli antitrombotici è stata rispettivamente del 15,0% e dell'8,8%.

Tabella 3.4a Prevalenza d'uso (%) di farmaci per le Malattie ischemiche del cuore

anno ▼	Misure						
	POLI	AIPER	% Generici	ATRO	% Generici	IPO	% Generici
2014	58,02	85,29	35,93	77,51	8,82	65,91	14,98
2013	58,69	85,95	34,70	78,36	7,76	66,53	11,20
2012	57,73	85,79	33,28	77,99	7,75	65,69	9,72
2011	56,25	85,54	30,47	77,64	7,46	64,16	7,56
2010	55,23	85,43	28,17	78,10	7,19	62,32	7,13
2009	53,36	84,97	25,38	77,69	7,37	60,27	6,73
2008	51,03	84,33	23,16	76,95	7,58	57,42	5,67
2007	47,41	82,39	21,42	74,90	7,91	53,65	3,25
2006	45,56	83,36	20,29	75,35	7,97	52,05	0,24
2005	42,71	82,85	18,57	74,14	8,59	49,33	0,22
2004	39,32	80,08	14,45	71,25	9,19	46,27	0,17

ACEI: ACE-Inibitori; SAR: Sartani; BETA: Beta-Bloccanti; CAA: Calcio-Antagonisti; DIUR: Diuretici; ALFA: Alfa-Bloccanti

3.5 SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO

3.5.1 Codifiche impiegate

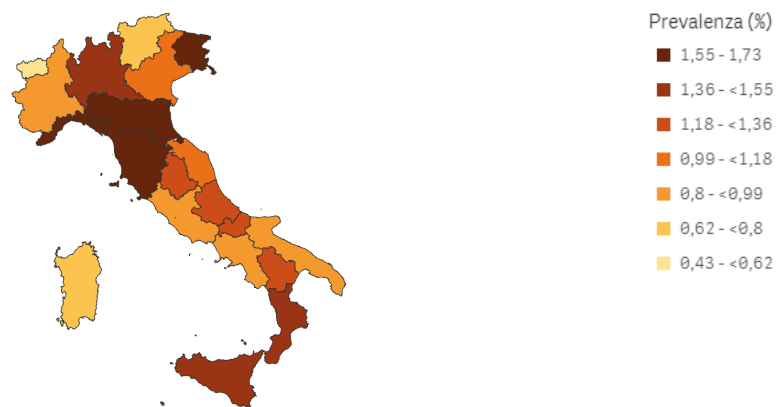
Diagnosi (ICD-9-CM): 428.x, 402.91, 404.91, 402.11, 402.01, 404.01

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Glicosidi Cardiaci (C01A); (2) Diuretici (C03); (3) Betabloccanti (C07); (4) ACE Inibitori e associazioni (C09A;C09B); (5) Sartani e associazioni (C09C;C09D).

3.5.2 Risultati

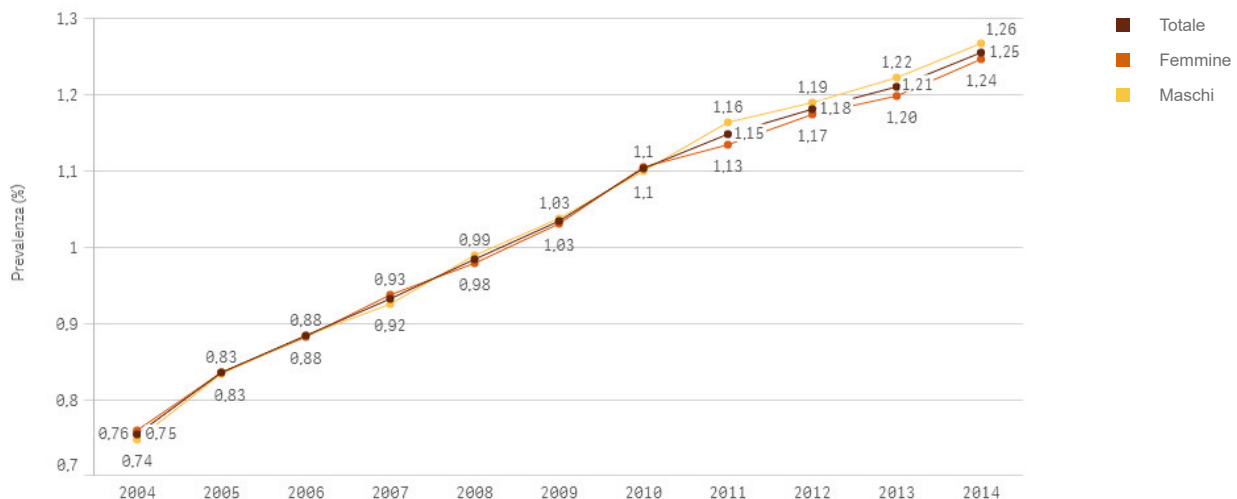
Nel 2014, 13.767 pazienti in carico agli 800 MMG validati del network HS presentavano una diagnosi di scompenso cardiaco congestizio, generando una prevalenza di patologia dell'1,3%. Esistono differenze geografiche delle stime di prevalenza, con i valori più elevati in diverse regioni del Nord, in particolare, Emilia Romagna (1,7%), Friuli Venezia Giulia, Toscana e Liguria (1,6% ciascuna).

Figura 3.5a Prevalenza (%) "lifetime" di Scompenso cardiaco congestizio: analisi per regione (anno 2014)



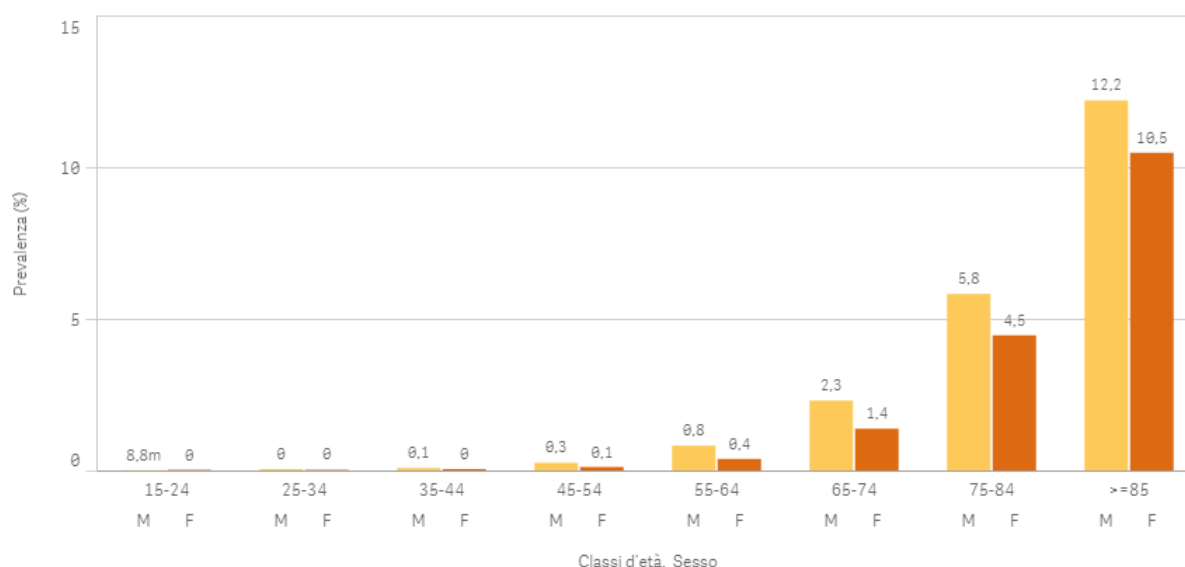
La prevalenza di scompenso cardiaco mostra un trend lievemente in crescita che varia da 0,8% del 2004 all'1,3% del 2014, con stime analoghe sia negli uomini sia nelle donne.

Figura 3.5b Prevalenza (%) "lifetime" di Scompenso cardiaco congestizio: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



La prevalenza di scompenso cardiaco aumenta notevolmente all'aumentare dell'età per entrambi i generi, con stime più elevate nel sesso maschile, soprattutto nelle fasce d'età più avanzate: tra i 75-84enni (5,8% tra i maschi vs. 4,5% tra le femmine), e tra gli ultra 85enni (12,2% tra i maschi vs. 10,5% tra le femmine).

Figura 3.5c Prevalenza (%) "lifetime" di Scompenso cardiaco congestizio: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



La prevalenza d'uso dei farmaci per lo scompenso cardiaco mostra che tra il 2004 e il 2014 diuretici, beta bloccanti e sartani sono in crescita, mentre glicosidi e ACE inibitori sono in costante calo. La classe di farmaci maggiormente impiegata in tutti gli anni considerati è quella dei diuretici, che sono prescritti al 72,3% dei pazienti con scompenso, seguiti dai beta bloccanti (56,9%), dagli ACE inibitori (43,2%). Sartani e glicosidi, invece, vengono prescritti a una quota minore di pazienti: 28,1% e 16,6% dei pazienti con scompenso, rispettivamente. La quota di generici prescritti nel 2014 ai soggetti con scompenso cardiaco è stata del 35,6% per i beta bloccanti, seguita dal 28,7% per gli ACE inibitori, dal 20,1% per i diuretici e dal 15,0% per i sartani. Mentre, per i glicosidi cardiaci non sono disponibili farmaci generici.

Tabella 3.5a Prevalenza d'uso (%) di farmaci cardiovascolari

anno ▼	Misure									
	DIUR	% Generici	BETA	% Generici	ACEI	% Generici	SAR	% Generici	GLU	% Generici
2014	72,28	20,08	56,85	35,56	43,20	28,74	28,05	14,99	16,60	0,00
2013	71,21	20,53	55,83	32,97	45,10	26,34	29,36	12,99	18,51	0,00
2012	71,24	21,61	53,13	31,10	46,31	23,94	29,59	9,60	19,48	0,00
2011	71,36	19,84	51,31	28,29	48,19	21,25	29,34	4,49	21,83	0,00
2010	71,49	19,03	48,75	25,57	48,97	17,30	29,80	2,06	23,75	0,00
2009	70,31	19,50	45,91	20,27	50,20	14,24	28,72	0,00	25,32	0,00
2008	69,05	20,08	43,02	18,67	51,89	9,97	27,45	0,00	27,86	0,00
2007	67,82	18,94	39,36	18,94	52,75	4,29	24,92	0,00	29,87	0,00
2006	68,44	17,62	37,29	18,39	53,72	3,64	24,17	0,00	32,19	0,00
2005	66,87	13,95	34,56	15,21	55,46	2,57	22,45	0,00	34,62	0,00
2004	64,97	6,59	30,52	7,81	54,58	0,48	20,52	0,00	37,26	0,00

DIUR: Diuretici; BETA: Beta-Bloccanti; ACEI=Ace-Inibitori (da soli o in associazione); SAR: Sartani (da soli o in associazione); GLU: Glucosidi

3.6 DIABETE MELLITO TIPO 2

3.6.1 Codifiche impiegate

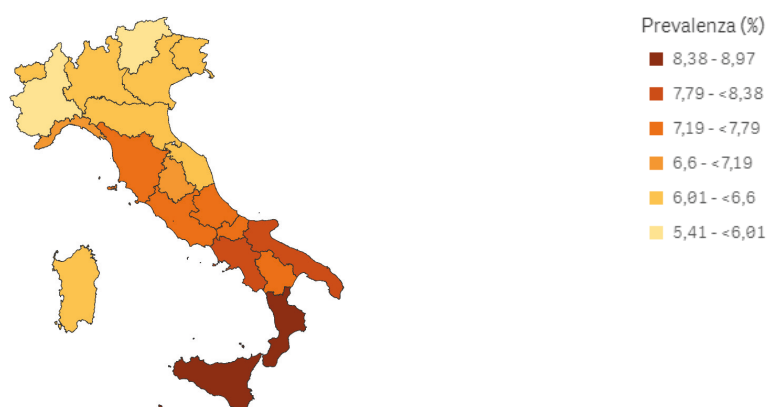
Diagnosi (ICD-9-CM): 250.x, esclusi 250.x1 e 250.x3

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Insulina (A10A); (2) Metformina (A10BA02); (3) Glitazoni da soli o in associazione con metformina (A10BG A10BD03, A10BD04, A10BD05, A10BD06); (4) Sulfaniluree da sole o in associazione con Metformina (A10BB, A10BC, A10BD01, A10BD02); (5) Repaglinide (A10BX02); (6) Inibitori DDP4/Agonisti GLP1 da soli o in associazione con metformina (A10BH01, A10BH02, A10BH03, A10BX04, A10BX07, A10BD07, A10BD08).

3.6.2 Risultati

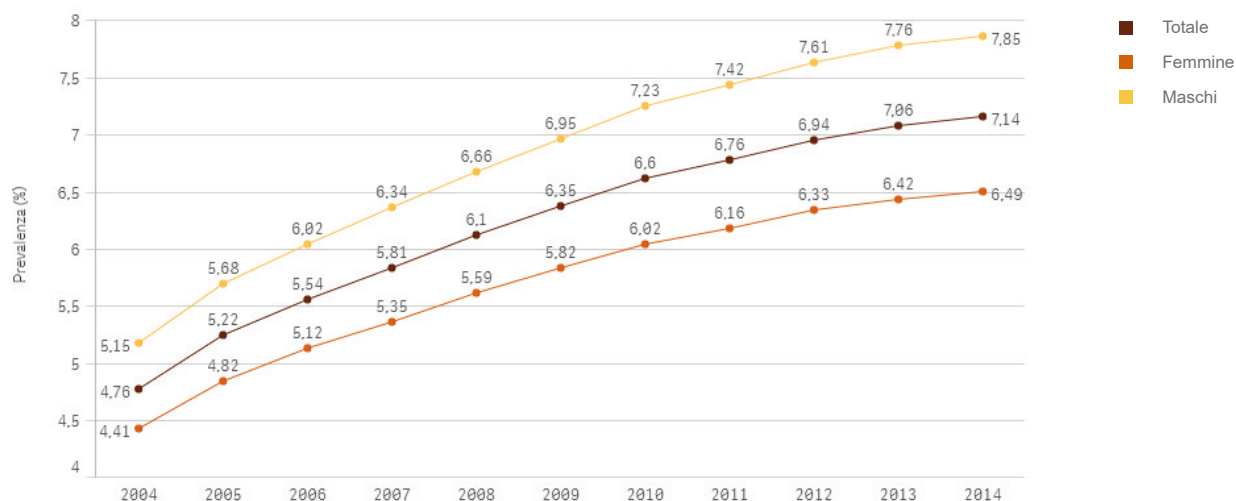
Nel 2014, 78.445 pazienti in cura presso gli 800 MMG validati del network HS risultavano affetti da diabete mellito di tipo 2, con una prevalenza di patologia del 7,1%. Osservando l'analisi per le singole regioni (**Figura 3.6a**), emerge un gradiente geografico della prevalenza di questa patologia, con un aumento progressivo delle stime andando dal Nord verso il Sud. Le regioni a più alta prevalenza sono risultate la Calabria (9,0%) e la Sicilia (8,9%).

Figura 3.6a Prevalenza (%) "lifetime" di Diabete mellito di tipo 2: analisi per regione (anno 2014)



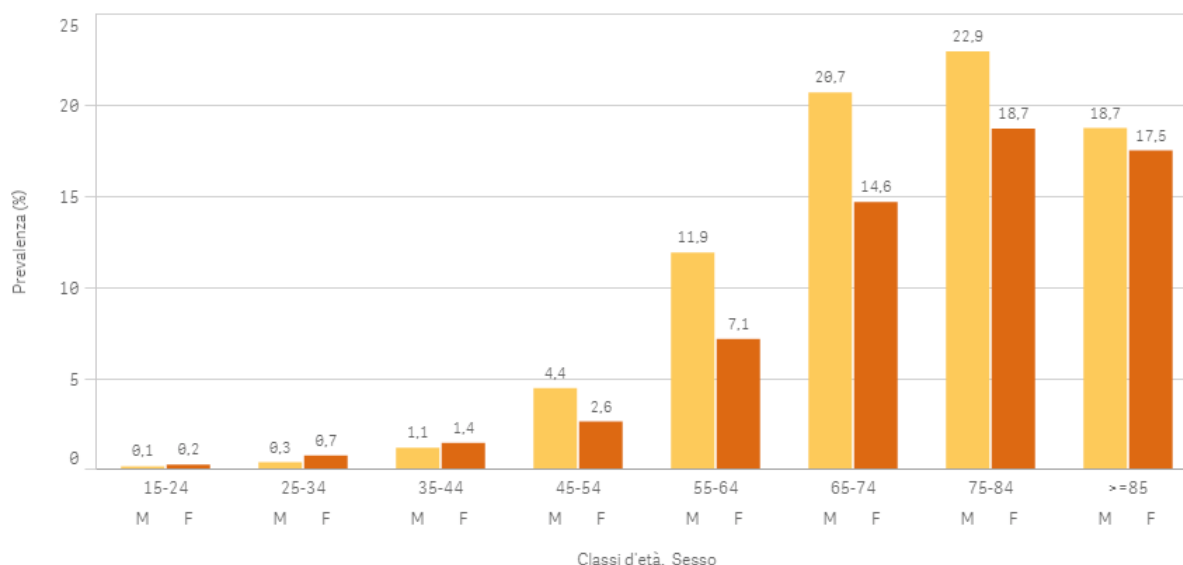
La prevalenza di diabete mellito di tipo 2 mostra un trend crescente che varia dal 4,8% del 2004 al 7,1% del 2014 (**Figura 3.6b**), con stime più elevate negli uomini (5,1% nel 2004 e 7,9% nel 2014) rispetto alle donne (4,4% nel 2004 e 6,5% nel 2014).

Figura 3.6b Prevalenza (%) “lifetime” di Diabete mellito di tipo 2: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



L'analisi della prevalenza di diabete mellito di tipo 2 per le fasce d'età (**Figura 3.6c**) mostra un trend crescente al crescere dell'età sia per i maschi sia per le femmine, con un picco nella fascia 75-84 anni (22,9% tra i maschi e 18,7% tra le femmine) e una successiva riduzione negli ultra 85enni. In quest'ultima fascia d'età la differenza di prevalenza tra donne e uomini, evidente per tutte le classi di età, si attenua in maniera rilevante.

Figura 3.6c Prevalenza (%) “lifetime” di Diabete mellito di tipo 2: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



L'analisi della prevalenza d'uso dei farmaci antidiabetici (**Tabella 3.6a**) fa registrare un importante aumento nella prevalenza d'uso di metformina (22,3% nel 2004 vs. 45,9% nel 2014), accompagnata da una riduzione delle sulfaniluree (42,8% nel 2004 vs. 19,1% nel 2014); tutti gli altri farmaci antidiabetici mostrano un costante aumento tra il 2004 e il 2014. Le insuline sono prescritte al 15,0% dei pazienti con diabete, mentre la repaglinide all'8,6%, i DDP4 al 6,0% e i glitazoni al 4,4%. La quota di farmaci generici prescritti a soggetti con diabete di tipo 2 nel 2014 è stata pari al 47,7% delle prescrizioni di repaglinide,

al 38,0% di quelle della metformina, al 18,5% delle sulfaniluree e al 4,2% dei glitazoni. Per insuline e DDP-4, invece, i generici non sono disponibili sul mercato.

Tabella 3.6a Prevalenza d'uso (%) di farmaci antidiabetici

anno ▼	Misure										
	MET	% Gen.ci	SULF	% Gen.ci	INS	% Gen.ci	REP	% Gen.ci	DDP4	% Gen.ci	GLIT
2014	45,87	37,99	19,11	18,48	15,04	0,00	8,61	47,67	5,99	0,00	4,38
2013	46,11	36,61	20,52	18,38	14,83	0,00	8,73	44,44	6,67	0,00	4,35
2012	45,70	35,50	22,70	16,70	14,32	0,00	8,71	42,54	5,64	0,00	4,55
2011	45,14	33,35	25,44	13,63	13,93	0,00	8,56	33,94	3,89	0,00	4,91
2010	43,54	32,22	28,31	10,95	13,65	0,00	8,24	12,38	1,93	0,00	5,43
2009	40,40	27,71	31,41	9,60	12,75	0,00	7,42	0,00	1,01	0,00	4,68
2008	36,46	22,33	34,38	6,72	11,89	0,00	6,52	0,00	0,43	0,00	3,90
2007	32,11	22,01	36,80	7,02	11,30	0,00	5,63	0,00	0,00	-	2,52
2006	29,29	20,51	40,07	7,58	11,25	0,00	5,13	0,00	0,00	-	1,34
2005	26,19	18,43	42,08	8,65	10,88	0,00	4,20	0,00	0,00	-	0,60
2004	22,31	13,80	42,78	10,06	10,58	0,00	3,42	0,00	0,00	-	0,07

MET: Metformina; SULF: Sulfaniluree (sole o in associazione con Metformina); INS: Insulina; REP: Repaglinide; GLIT: Glitazoni (solì o in associazione con Metformina); DDP4/GLP1: Inibitori DDP4/Agonisti GLP1 (solì o in associazione con Metformina); ALTRI: Altri antidiabetici

3.7 BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

3.7.1 Codifiche impiegate

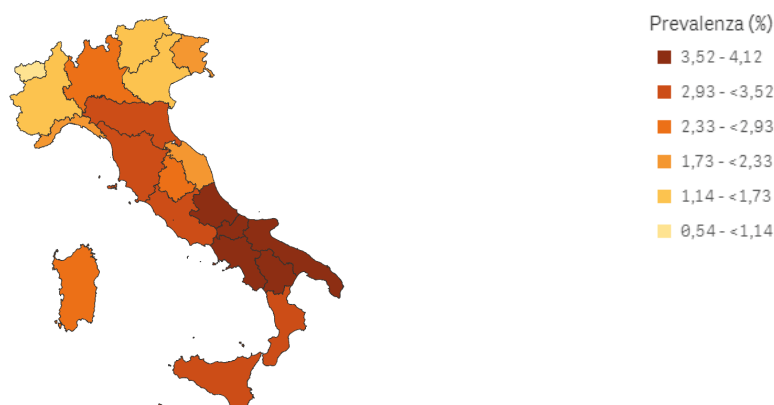
Diagnosi (ICD-9-CM): 491.2x, 496.x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Broncodilatatori (R03A [escluso R03AK], R03BB); (2) Corticosteroidi inalatori (R03BA); (3) Antileucotrieni (R03DC); (4) Xantine (R03DA e R03DB), (5) Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori (R03AK).

3.7.2 Risultati

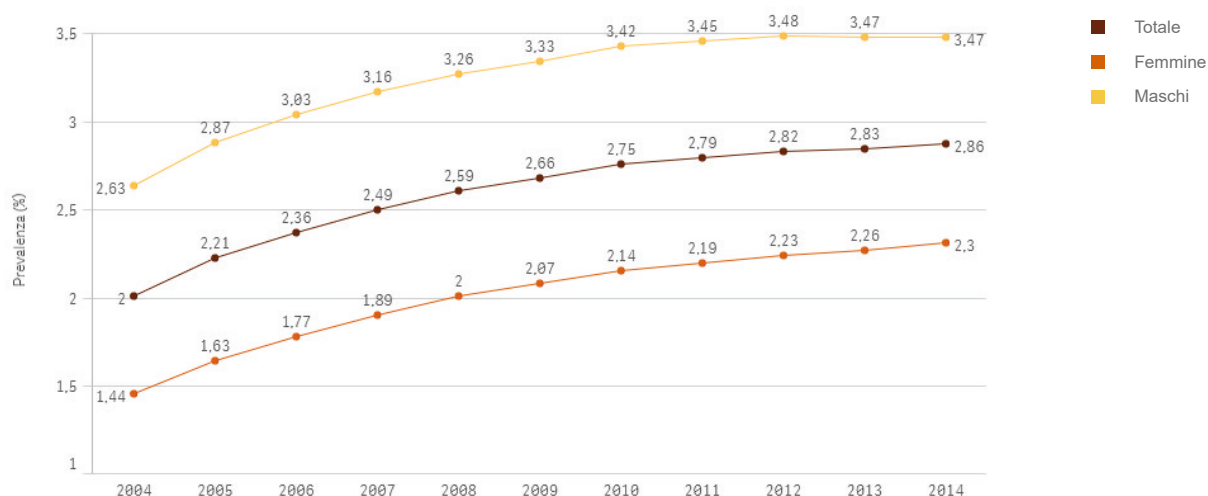
Nel 2014 31.451 pazienti in cura presso gli 800 MMG validati del network HS presentavano una diagnosi di BPCO, pari a una prevalenza di patologia del 2,9%. Tuttavia, si osservano sensibili differenze geografiche nella stima di prevalenza, con valori più elevati nel Sud e più bassi al Nord (**Figura 3.7a**). La regione con la prevalenza più elevata è risultata la Campania (4,1%), seguita da Basilicata (3,8%) e da Puglia, Molise e Abruzzo (3,7%).

Figura 3.7a Prevalenza (%) "lifetime" di BPCO: analisi per regione (anno 2014)



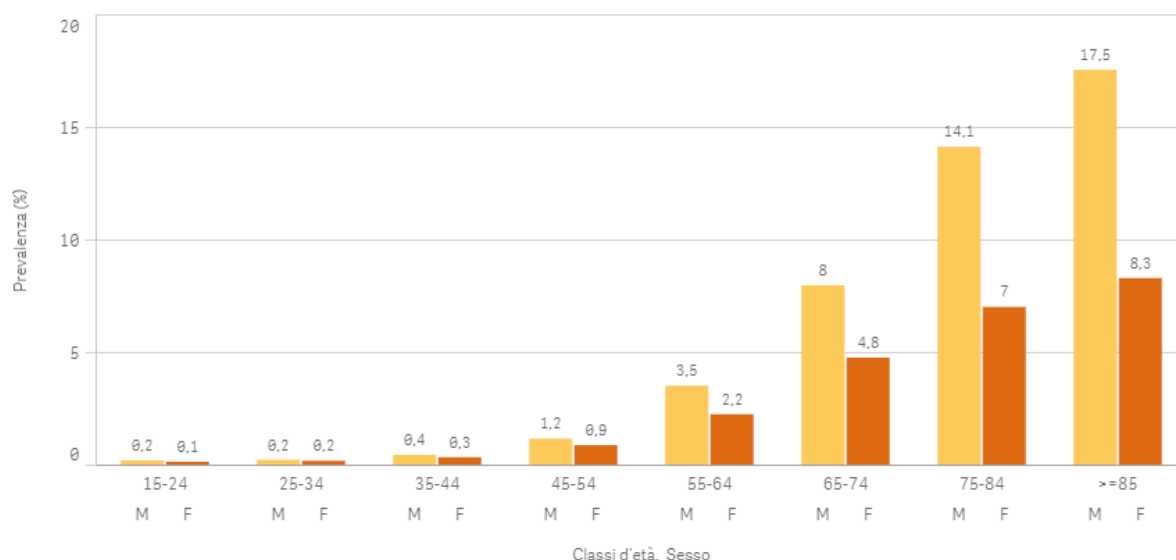
La prevalenza di BPCO mostra un trend crescente che varia dal 2,0% del 2004 al 2,9% del 2014, con stime sensibilmente maggiori negli uomini (2,6% nel 2004 e 3,5% nel 2014) rispetto alle donne (1,4% nel 2004 e 2,3% nel 2014) (**Figura 3.7b**).

Figura 3.7b Prevalenza (%) “lifetime” di BPCO: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



L'analisi della prevalenza di BPCO per sesso e fasce d'età (**Figura 3.7c**) mostra valori crescenti all'aumentare dell'età, con un netto incremento nel sesso maschile che raggiunge il picco negli ultra 85enni (17,5%), mentre per le donne il picco massimo di prevalenza è pari a 8,3%, sempre tra le ultra 85enni.

Figura 3.7c Prevalenza (%) “lifetime” di BPCO: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



La prevalenza d'uso dei broncodilatatori (**Tabella 3.7a**) è aumentata nel periodo considerato, andando dal 30,5% del 2004 al 35,2% del 2014. L'impiego delle associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori ha mostrato, invece, un andamento differente, infatti esso è aumentato dal 2004 (24,6%) al 2010 (32,7%), per poi calare negli anni successivi e raggiungere il 29,5% nel 2014. La quota di pazienti trattati con antileucotrieni è rimasta costante, con valori attorno al 2%, al contrario, sono calati drasticamente i soggetti trattati

con corticosteroidi in monoterapia (dal 25,5% del 2004 al 19,4% del 2014) o con xantine (dal 16,4% del 2004 al 5,5% del 2014). Per i farmaci impiegati nel trattamento della BPCO, fino ad oggi, sono disponibili pochissimi prodotti generici, pertanto, le quote di prescrizione di generici sono ad oggi esigue (nel 2014 per i broncodilatatori 1,0% e per i corticosteroidi inalatori 0,5%).

Tabella 3.7a Prevalenza d'uso (%) di farmaci respiratori

anno ▼	Misure									
	ASS	% Generici	BRO	% Generici	ICS	% Generici	XAN	% Generici	LEUC	% Generici
2014	29,51	0,01	35,16	1,00	19,43	0,54	5,46	0,06	1,81	12,50
2013	30,07	0,01	35,02	1,26	20,98	0,41	6,59	0,00	1,96	7,73
2012	30,25	0,02	33,84	1,52	20,33	0,59	7,51	0,00	2,04	0,00
2011	31,27	0,00	33,77	1,60	20,74	0,38	8,41	0,00	2,15	0,00
2010	32,70	0,00	32,95	1,78	21,37	0,33	9,40	0,00	2,14	0,00
2009	32,41	0,00	32,45	2,06	21,76	0,25	10,32	0,00	2,04	0,00
2008	30,52	0,00	31,86	2,20	21,96	0,24	10,80	0,00	1,89	0,00
2007	28,91	0,00	32,45	2,12	23,73	0,12	12,11	0,03	1,99	0,00
2006	28,41	0,00	32,88	0,01	23,97	0,12	13,83	0,00	2,12	0,00
2005	27,04	0,00	33,37	0,00	25,96	0,13	15,69	0,03	1,98	0,00
2004	24,61	0,00	30,51	0,00	25,51	0,04	16,38	0,00	2,05	0,00

ASS: Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori; BRO: Broncodilatatori; ICS: Corticosteroidi inalatori; XAN: Xantine; LEUC: Antileucotrieni

3.8 ASMA BRONCHIALE

3.8.1 Codifiche impiegate

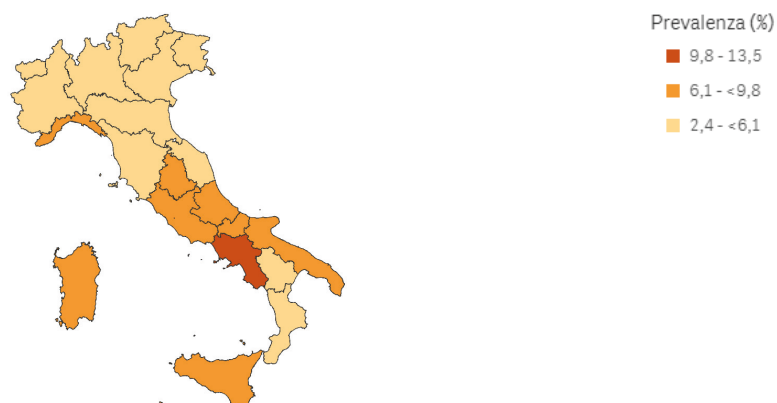
Diagnosi (ICD-9-CM): 493.x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Broncodilatatori (R03A [escluso R03AK], R03BB); (2) Corticosteroidi inalatori (R03BA); (3) Antileucotrieni (R03DC); (4) Xantine (R03DA e R03DB), (5) Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori (R03AK), (6) Cromoni (R03BC).

3.8.2 Risultati

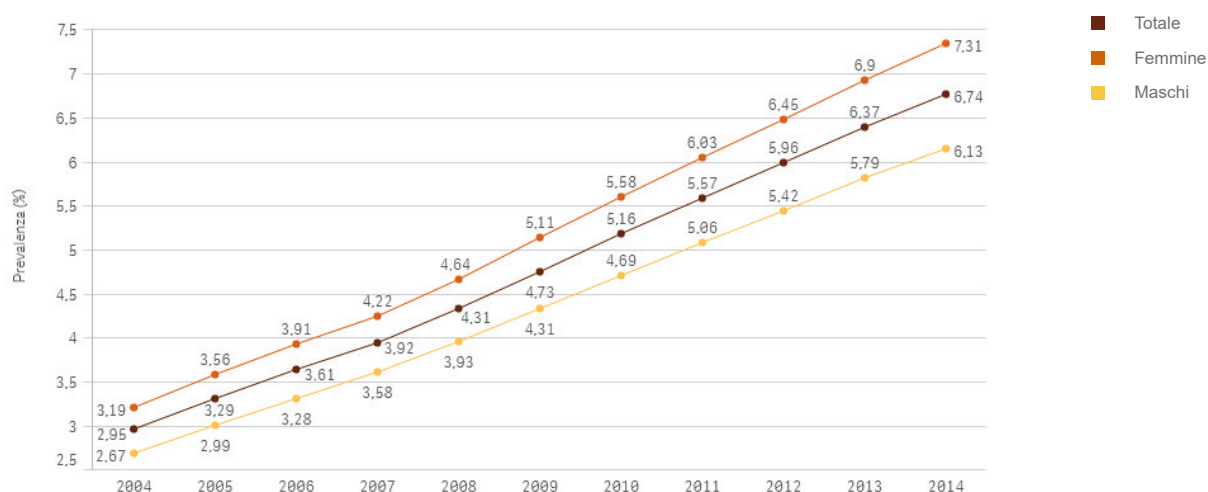
I pazienti in carico agli 800 MMG validati del network HS e con una diagnosi di asma nel 2014 sono risultati 74.074, per una prevalenza di patologia del 6,7%. A livello nazionale si osserva un'elevata variabilità nelle stime di prevalenza (**Figura 3.8a**): la regione con la prevalenza più elevata è risultata la Campania (13,5%), seguita da Abruzzo e Molise (7,5%), Sicilia (7,4%) e Liguria (7,1%).

Figura 3.8a Prevalenza (%) "lifetime" di Asma: analisi per regione (anno 2014)



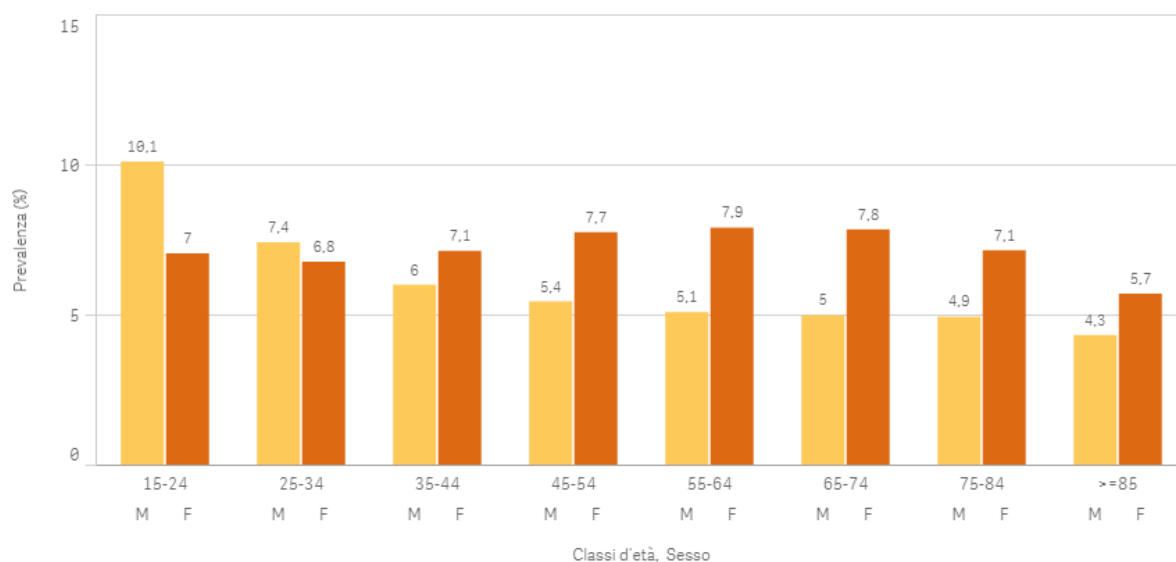
La prevalenza di asma mostra una netta crescita tra il 2004 (2,9%) e il 2014 (6,7%), con stime maggiori nelle donne (3,2% nel 2004 e 7,3% nel 2014) rispetto agli uomini (2,7% nel 2004 e 6,1% nel 2014) (**Figura 3.8b**).

Figura 3.8b Prevalenza (%) “lifetime” di Asma: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



L'analisi della prevalenza di asma per fasce d'età (**Figura 3.8c**) mostra per i maschi una relazione inversa all'aumentare dell'età, andando da 10,1% nella fascia 15-24 anni a 4,3% negli ultra 85enni. Invece, tra le donne la prevalenza presenta variazioni inferiori al variare della fascia d'età e risulta massima tra 55 e 64 anni (7,9%).

Figura 3.8c Prevalenza (%) “lifetime” di Asma: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



L'analisi dei trend temporali nell'esposizione ai farmaci (**Tabella 3.8a**) fa registrare un lieve aumento dal 2004 al 2009 sia per le associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori (da 22,9% del 2004 a 26,8% del 2009), sia per i broncodilatatori (da 28,2% del 2004 a 24,5% del 2009). Dal 2009 al 2014, invece, queste classi di farmaci calano, per arrivare a 22,7% per le associazioni e 18,3% per i broncodilatatori. Tutte le altre terapie, invece, calano progressivamente tra il 2004 e il 2014: corticosteroidi inalatori in monoterapia (da 24,4% a 17,0%), xantine (da 5,4% a 1,0%) e antileucotrieni (da 5,6% a 4,7%). Tra i farmaci impiegati per l'asma, sono disponibili, ad oggi, solo pochissimi generici, per tale motivo nel 2014 solo l'1,4% delle prescrizioni di broncodilatatori e lo 0,4% di quelle di corticosteroidi inalatori riguardava farmaci generici.

Tabella 3.8a Prevalenza d'uso (%) di farmaci respiratori

anno ▼	Misure									
	ASS	% Generici	BRO	% Generici	ICS	% Generici	XAN	% Generici	LEUC	% Generici
2014	22,74	0,03	18,33	1,40	16,96	0,35	1,94	0,07	4,73	12,91
2013	23,75	0,06	19,65	1,47	18,24	0,44	2,26	0,00	5,06	6,95
2012	24,14	0,07	20,27	1,65	18,19	0,57	2,37	0,00	5,38	0,00
2011	25,29	0,00	21,98	1,48	19,70	0,25	2,74	0,00	5,70	0,00
2010	26,73	0,00	23,08	1,71	20,03	0,14	3,19	0,00	5,90	0,00
2009	26,76	0,00	24,45	1,45	20,81	0,16	3,66	0,00	6,05	0,00
2008	25,13	0,00	24,29	1,52	20,30	0,12	3,67	0,00	5,83	0,00
2007	24,01	0,00	26,29	1,40	22,30	0,14	3,92	0,06	5,88	0,00
2006	24,43	0,00	27,60	0,00	23,37	0,10	4,40	0,00	6,00	0,00
2005	23,87	0,00	28,24	0,00	24,06	0,15	4,99	0,06	5,81	0,00
2004	22,88	0,00	28,23	0,00	24,39	0,04	5,40	0,00	5,64	0,00

ASS: Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori; BRO: Broncodilatatori; ICS: Corticosteroidi inalatori; XAN: Xantine; LEUC: Antileucotrieni

3.9 DEPRESSIONE

3.9.1 Codifiche impiegate

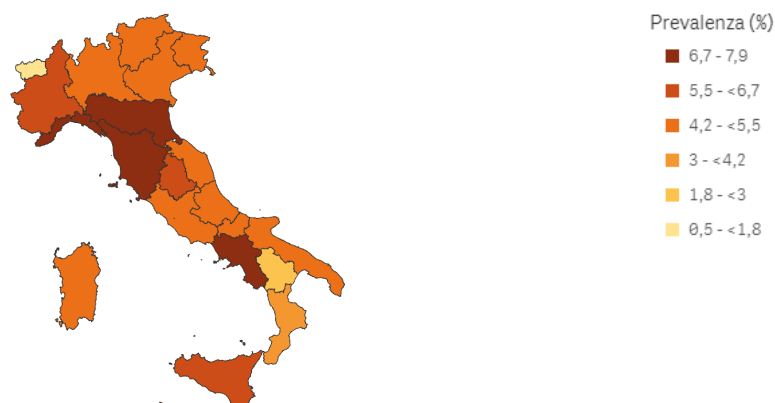
Diagnosi (ICD-9-CM): 311.x, 296.2x, 296.3x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Antidepressivi triciclici (N06AA); (2) SSRI (N06AB); (3) SNRI (N06AX16, N06AX21) (4) Altri farmaci per la depressione (N06AX, eccetto SNRI).

3.9.2 Risultati

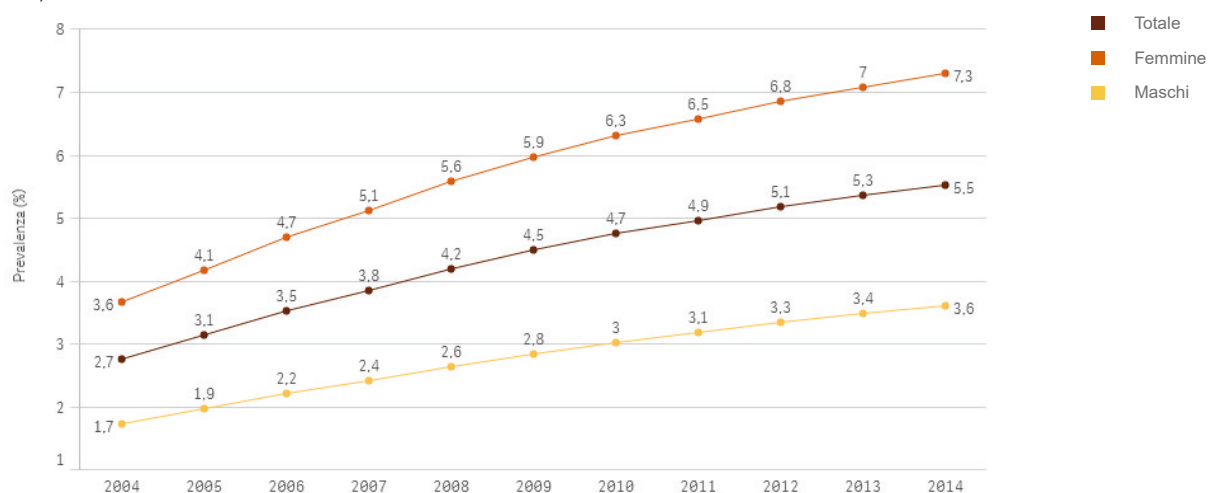
Nel 2014 sono stati individuati 60.246 soggetti con diagnosi di depressione tra i pazienti in carico agli 800 MMG validati del network HS, per una prevalenza di patologia pari a 5,5%. Le stime di prevalenza risultano molto variabili tra le diverse regioni (**Figura 3.9a**), seppure è possibile riscontrare un certo gradiente geografico con stime più alte nel Centro-Nord, rispetto al Sud, a eccezione della Campania e della Sicilia. Le regioni con le prevalenze più elevate sono state: Emilia Romagna (7,9%), Liguria (7,6%), Campania (7,3%) e Toscana (7,0%).

Figura 3.9a Prevalenza (%) “lifetime” di Depressione: analisi per regione (anno 2014)



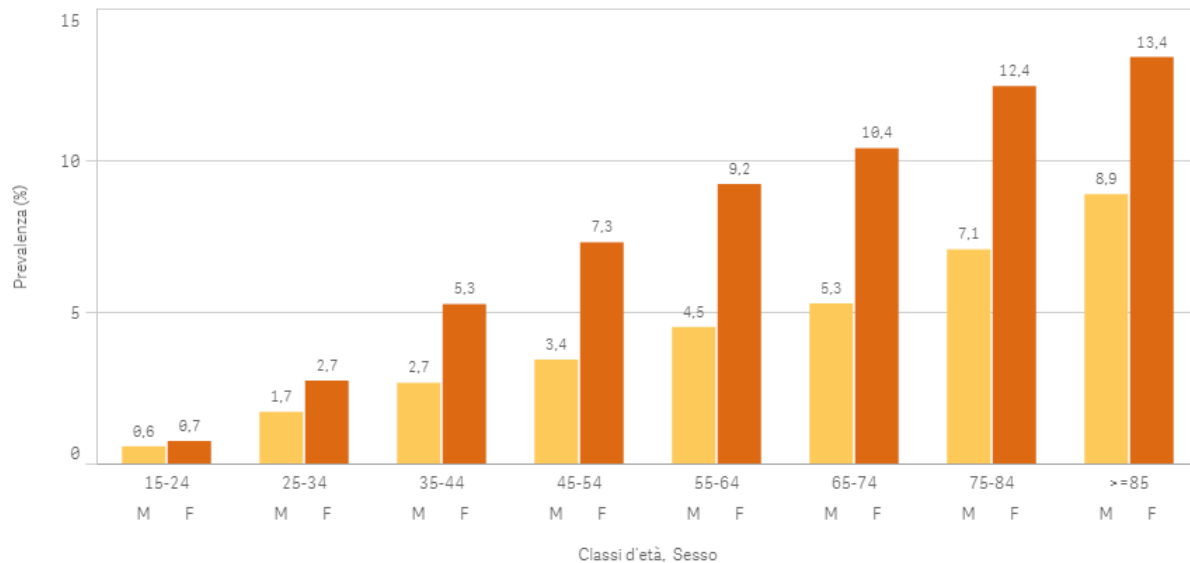
La prevalenza di depressione mostra un trend crescente che varia dal 2,7% del 2004 al 5,5% del 2014 (**Figura 3.9b**), con stime sensibilmente maggiori nelle donne (3,6% nel 2004 e 7,3% nel 2014) rispetto agli uomini (1,4% nel 2004 e 3,6% nel 2014).

Figura 3.9b Prevalenza (%) “lifetime” di Depressione: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



L'analisi per classi d'età (**Figura 3.9c**) mostra un trend crescente della prevalenza di depressione all'aumentare dell'età; in tutte le classi di età il sesso femminile mostra valori di prevalenza superiori rispetto al sesso maschile. Il picco di prevalenza si registra tra gli ultra 85enni, sia maschi (8,9%) che femmine (13,4%).

Figura 3.9c Prevalenza (%) "lifetime" di Depressione: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



Gli SSRI rappresentano la classe di farmaci maggiormente impiegata per il trattamento della depressione, ma nel corso degli anni 2004-2014 hanno fatto registrare un calo della loro prevalenza d'uso, passando dal 39,0% del 2004 al 28,1% del 2014. Tale calo è stato riscontrato anche per gli antidepressivi triciclici (da 5,9% del 2004 a 3,2% del 2014) e per gli "altri antidepressivi" (da 8,1% del 2004 a 6,9% del 2014). Al contrario, gli SNRI hanno mostrato un aumento nell'impiego, andando dal 5,0% nel 2004 a 7,1% nel 2014. Per quanto concerne la quota di generici prescritti, per gli SSRI nel 2014, questa era pari al 30,9% di tutte le prescrizioni, per il SNRI al 12,4% e per gli "altri antidepressivi" al 15,7%. Per gli antidepressivi triciclici, invece, non sono disponibili prodotti generici (**Tabella 3.9a**).

Tabella 3.9a Prevalenza d'uso (%) di farmaci antidepressivi

anno ▼	Misure							
	SSRI	% Generici	SNRI	% Generici	TCA	% Generici	ALTRI	% Generici
2014	28,06	30,86	7,13	12,38	3,23	0,00	6,85	15,66
2013	29,33	28,80	7,47	11,34	3,32	0,00	6,79	14,70
2012	30,34	27,39	7,59	10,25	3,42	0,00	6,66	13,72
2011	31,77	25,82	7,50	8,66	3,60	0,00	6,91	12,04
2010	33,33	23,92	7,77	7,54	3,83	0,00	7,21	10,06
2009	34,34	21,86	7,50	4,58	4,22	0,00	7,05	10,16
2008	35,55	20,75	7,36	0,00	4,47	0,00	7,00	10,88
2007	36,70	17,93	7,09	0,00	4,74	0,00	6,93	10,47
2006	38,26	14,21	6,79	0,00	5,13	0,00	7,03	9,10
2005	38,61	11,41	5,31	0,00	5,52	0,00	7,47	7,35
2004	39,03	9,69	4,95	0,00	5,86	0,00	8,06	0,00

SSRI: Inibitori reuptake serotonina; SNRI: Inibitori reuptake serotonina/noradrenalina; TCA: Triciclici; ALTRI: Altri farmaci antidepressivi

3.10 OSTEOARTROSI

3.10.1 Codifiche impiegate

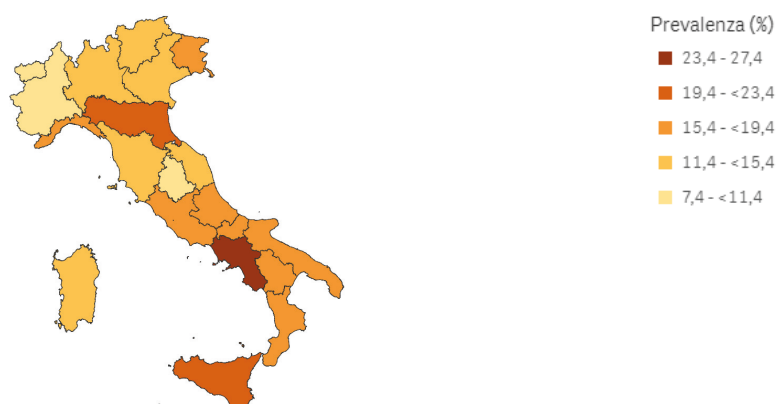
Diagnosi (ICD-9-CM): 715.x, 716.1

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) FANS: Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei (M01A); (2) Oppioidi deboli (N02AE, N02AX, N02AA05); (3) Paracetamolo e associazioni (N02BE01, N02BE51, N02AA59, N02AX52, N02AA55); (4) Corticosteroidi (H02).

3.10.2 Risultati

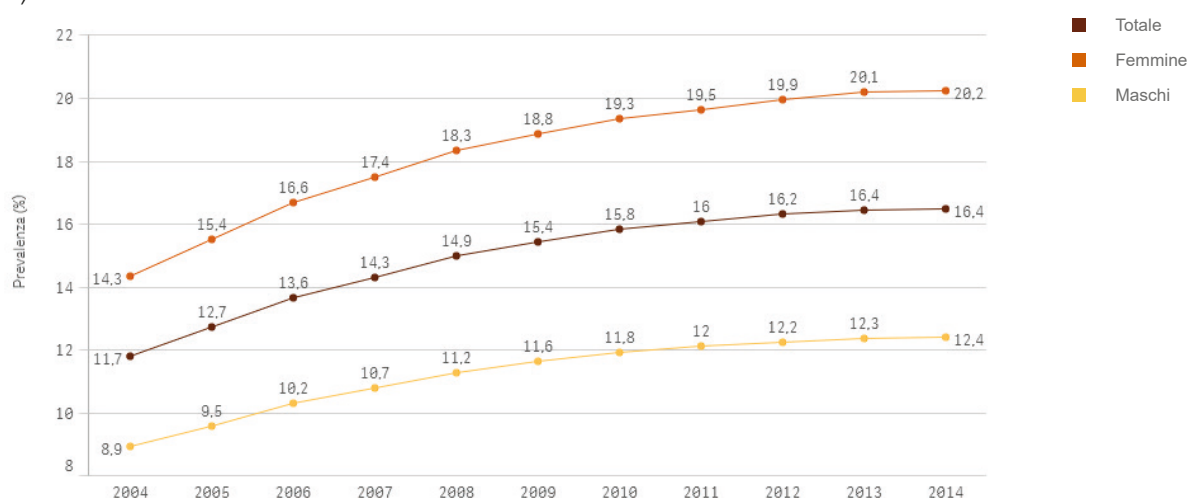
Nel 2014 i pazienti con diagnosi di osteoartrosi in carico agli 800 MMG validati del network HS erano 180.389, pari a una prevalenza di malattia del 16,4%. Osservando l'analisi per regione e **(Figura 3.10a)**, si notano differenze geografiche nelle stime di prevalenza, con valori più elevati tra le regioni del Sud rispetto a quelli del Nord, con le sole eccezioni di Emilia Romagna, Liguria e Friuli Venezia Giulia che presentano stime paragonabili alle regioni del Sud. La regione con la più alta prevalenza nel 2014 è stata la Campania (27,4%).

Figura 3.10a Prevalenza (%) "lifetime" di Osteoartrosi: analisi per regione (anno 2014)



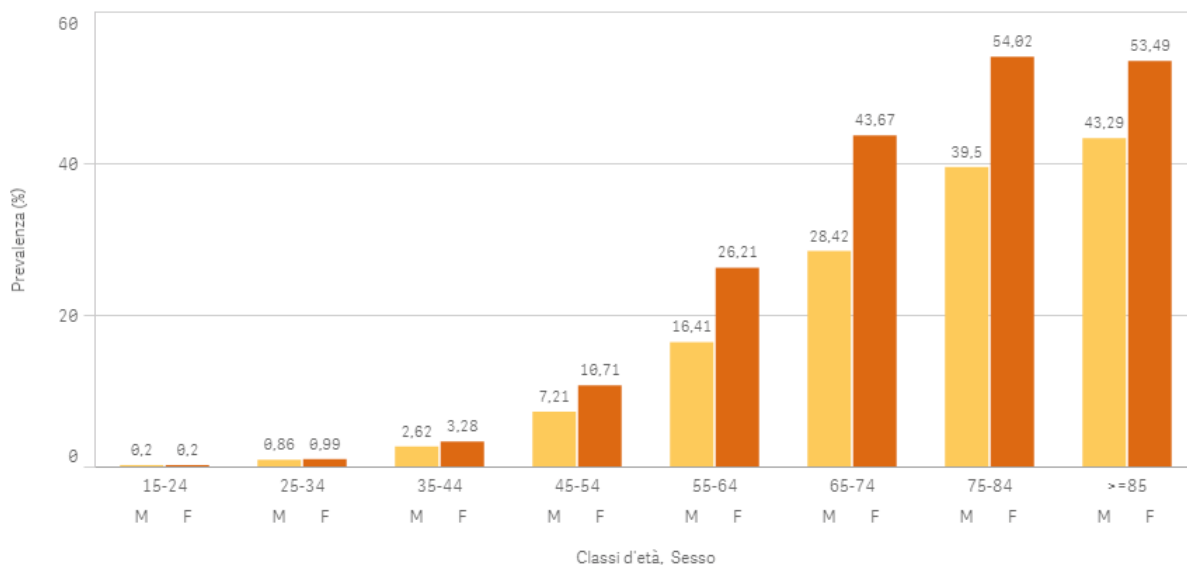
La prevalenza di osteoartrosi risulta in crescita dal 2004 (11,7%) al 2014 (16,4%) **(Figura 3.10b)**, con valori più elevati nelle donne (14,3% nel 2004 vs. 20,2% nel 2014) rispetto agli uomini (8,9% nel 2004 vs. 12,4% nel 2014).

Figura 3.10b Prevalenza (%) "lifetime" di Osteoartrosi: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



L'analisi per fasce d'età (**Figura 3.10c**) mostra come la prevalenza di osteoartrosi cresca al crescere dell'età, sia per gli uomini sia per le donne. Per le donne il picco massimo di prevalenza si raggiunge tra 75 e 84 anni (54,0%), mentre per gli uomini oltre gli 85 anni (53,5%).

Figura 3.10c Prevalenza (%) "lifetime" di Osteoartrosi: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



Analizzando l'uso dei farmaci per l'osteoartrosi (**Tabella 3.10a**), emerge che i FANS hanno registrato una sensibile riduzione nella prevalenza d'uso dal 2004 (56,7%) al 2014 (40,5%). Per contro, le altre classi terapeutiche riportano un incremento nello stesso periodo: i corticosteroidi variano da 10,9% nel 2004 a 15,6% nel 2014 e il paracetamolo da 6,2% nel 2004 a 15,8% nel 2014. Gli oppioidi, invece, presentano un andamento abbastanza stabile che si attesta attorno al 4-5%. Per quanto riguarda l'impiego di generici nella popolazione di pazienti affetti da osteoartrosi, si nota che nel 2014 il 13,6% delle prescrizioni di FANS riguardava un farmaco generico, seguita dal 5,3% di quelle di oppioidi, dal 2,4% di paracetamolo e dallo 0,5% di corticosteroidi.

Tabella 3.10a Prevalenza d'uso (%) di farmaci per l'osteoartrosi

anno ▼	Misure							
	FANS	% Generici	CS	% Generici	PAR	% Generici	OPP	% Generici
2014	40,50	13,60	15,64	0,51	15,76	2,41	5,34	4,36
2013	43,02	13,80	15,58	0,44	16,19	2,74	5,32	4,65
2012	44,62	14,66	14,66	0,66	15,57	2,51	5,30	3,81
2011	47,62	13,65	14,63	0,64	14,73	2,67	5,33	3,40
2010	50,00	13,39	14,60	0,67	14,45	2,41	5,55	3,99
2009	51,09	14,28	14,01	0,62	13,58	2,59	5,58	5,68
2008	51,53	15,28	13,35	0,82	11,80	3,09	4,86	7,31
2007	51,20	17,08	13,00	1,04	8,94	3,71	4,63	6,97
2006	53,96	18,37	12,68	0,84	6,88	4,04	4,81	7,30
2005	54,26	18,69	12,05	1,00	6,87	1,67	4,47	7,67
2004	56,66	17,79	10,86	0,96	6,19	2,61	2,54	15,74

FANS: Farmaci antinfiammatori non steroidei; CS: Corticosteroidi; PAR: Paracetamolo (da solo o in associazione); OPP: Oppioidi

3.11 DEMENZA

3.11.1 Codifiche impiegate

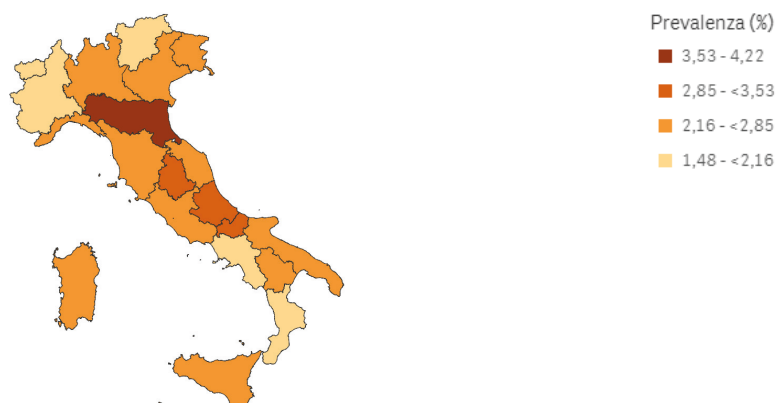
Diagnosi (ICD-9-CM): 290.0, 290.1, 290.2, 290.3, 290.4, 310.1, 331.0

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Anticolinesterasici (N06DA); (2) Memantina (N06DX01); (3) Antipsicotici atipici (N05AH02, N05AH03, N05AH04, N05AX08, N05AX12); (4) Altri antipsicotici (N05A eccetto antipsicotici atipici).

3.11.2 Risultati

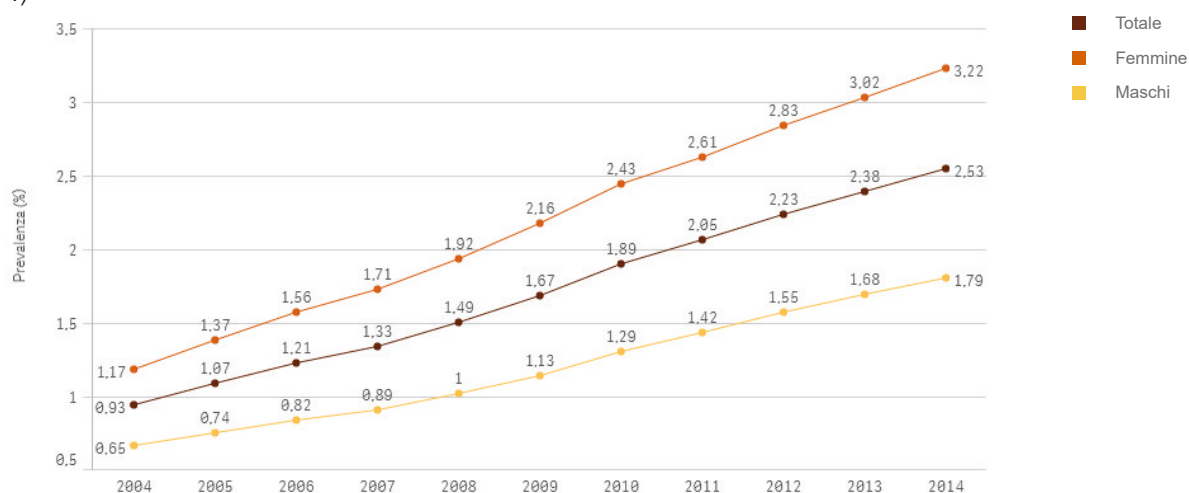
Nel 2014 27.822 pazienti in carico agli 800 MMG validati del network HS avevano una diagnosi di demenza, per una prevalenza di malattia del 2,5%. La distribuzione territoriale (**Figura 3.11a**) mostra una maggiore prevalenza in alcune regioni del Centro, quali Emilia-Romagna (4,2%), Umbria, Abruzzo e Molise (3,1%) rispetto alla maggior parte delle regioni del Nord e del Sud Italia.

Figura 3.11a Prevalenza (%) "lifetime" di Demenza: analisi per regione (anno 2014)



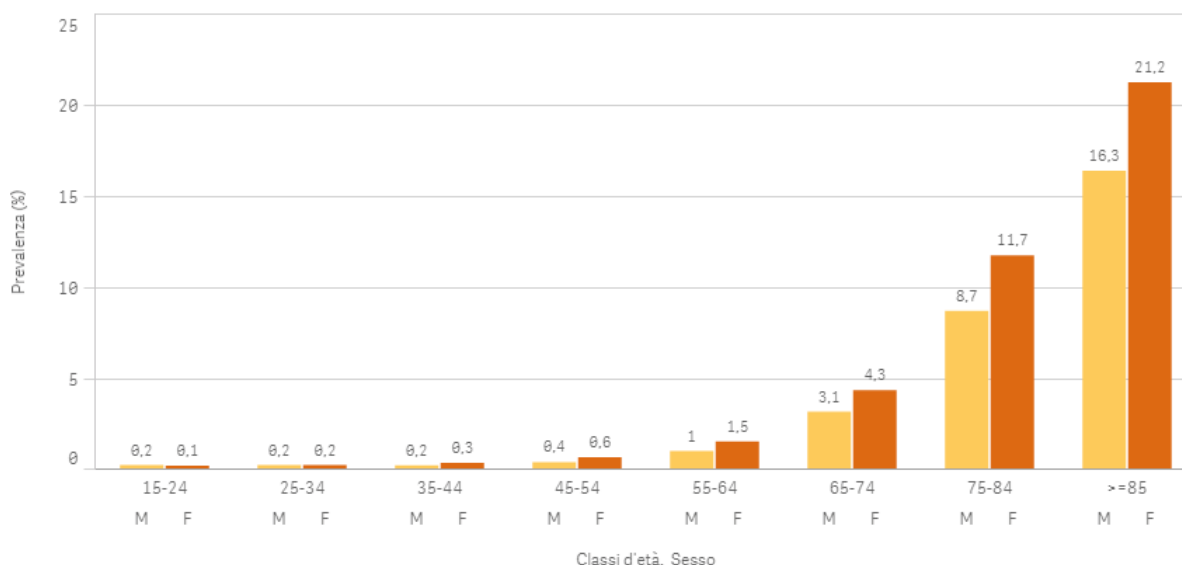
La prevalenza di demenza presenta un trend crescente (**Figura 3.11b**) che varia dallo 0,9% del 2004 al 2,5% del 2014 con stime sensibilmente maggiori nelle donne (1,2% nel 2004 e 3,2% nel 2014) rispetto agli uomini (0,7% nel 2004 e 1,8% nel 2014).

Figura 3.11b Prevalenza (%) "lifetime" di Demenza: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



L'analisi per fasce d'età (**Figura 3.11c**) mostra un trend crescente della prevalenza di demenza all'aumentare dell'età con un evidente aumento dopo i 65 anni e con un picco oltre gli 85 anni sia per gli uomini (16,3%) che per le donne (21,2%). In tutte le categorie di età, il sesso femminile mostra valori di prevalenza superiori rispetto al sesso maschile, differenza che si accentua all'aumentare dell'età.

Figura 3.11c Prevalenza (%) "lifetime" di Demenza: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



L'andamento dell'uso dei farmaci per il trattamento della demenza (**Tabella 3.11a**) ha fatto registrare un calo degli anticolinesterasici e degli "altri antipsicotici" dal 2004 al 2014; infatti, i primi sono calati dal 13,0% al 7,8%, i secondi dall'11,5% all'8,2%. Al contrario, la memantina e gli antipsicotici atipici hanno mostrato un aumento nell'impiego, arrivando a coprire nel 2014 il 4,5% dei pazienti la prima e l'8,2% i secondi. Per quanto riguarda i generici dei farmaci per la demenza, questi nel 2014 rappresentano il 26,5% delle prescrizioni di anticolinesterasici, il 33,9% degli antipsicotici atipici, il 12,1% della memantina e l'1,1% di altri antipsicotici.

Tabella 3.11a Prevalenza d'uso (%) di farmaci per la demenza

anno ▼	Misure							
	ACOLI	% Generici	APSI	% Generici	ALTRI APSI	% Generici	MEM	% Generici
2014	7,78	26,51	8,15	33,91	8,19	1,10	4,48	12,04
2013	8,26	16,42	7,38	23,27	8,45	0,76	4,24	0,27
2012	8,09	7,39	6,58	10,97	8,42	0,57	4,04	0,00
2011	8,21	0,00	6,41	3,92	8,69	0,25	3,38	0,00
2010	8,85	0,00	6,62	3,41	9,09	0,47	2,79	0,00
2009	9,07	0,00	6,33	3,65	8,78	0,55	1,70	0,00
2008	10,01	0,00	6,20	2,85	9,35	0,85	0,47	0,00
2007	10,27	0,00	5,58	2,35	9,89	0,07	0,50	0,00
2006	11,77	0,00	5,91	2,21	10,62	0,07	0,54	0,00
2005	12,56	0,00	5,78	3,09	11,22	0,00	0,42	0,00
2004	13,04	0,00	6,76	0,62	11,50	0,09	0,01	0,00

ACOLI: Anticolinesterasici; APSI: Antipsicotici atipici; ALTRI APSI: Altri antipsicotici; MEM: Memantina

3.12 IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (IPB)

3.12.1 Codifiche impiegate

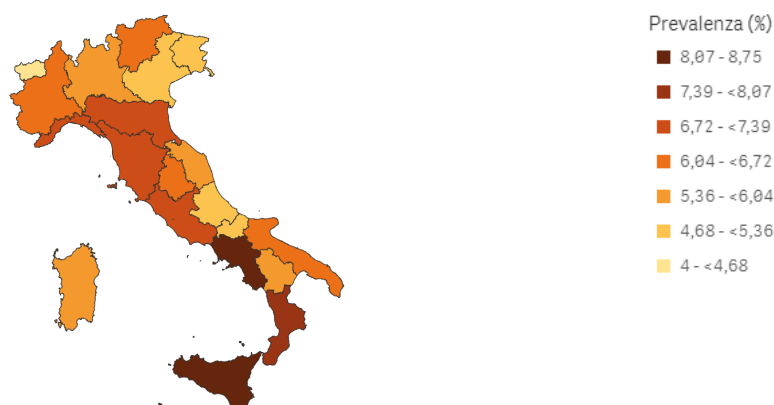
Diagnosi (ICD-9 CM): 600.x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Antagonisti dell'alfa adrenorecettore (G04CA); (2) Inibitori della testostosterone 5-alfa reduttasi (G04CB); (3) Altri farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna (G04CX).

3.12.2 Risultati

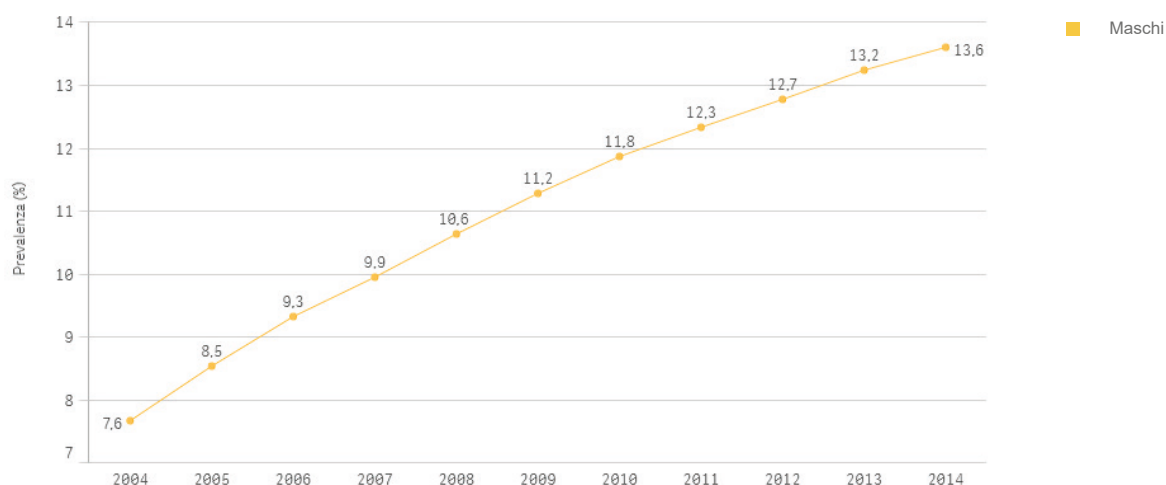
I pazienti in carico agli 800 MMG validati del network HS con una diagnosi di IPB nel 2014 erano 72.199, pari a una prevalenza di patologia del 6,6%. Le stime di prevalenza delle singole regioni (**Figura 3.12a**) evidenziano un gradiente geografico sia andando da Nord a Sud (valori più levati al Sud), sia procedendo da est a ovest (valori più elevati a ovest). Le prevalenze più elevate sono state registrate in Campania (8,8%), Sicilia (8,2%) e Calabria (7,7%).

Figura 3.12a Prevalenza (%) "lifetime" di IPB: analisi per regione (anno 2014)



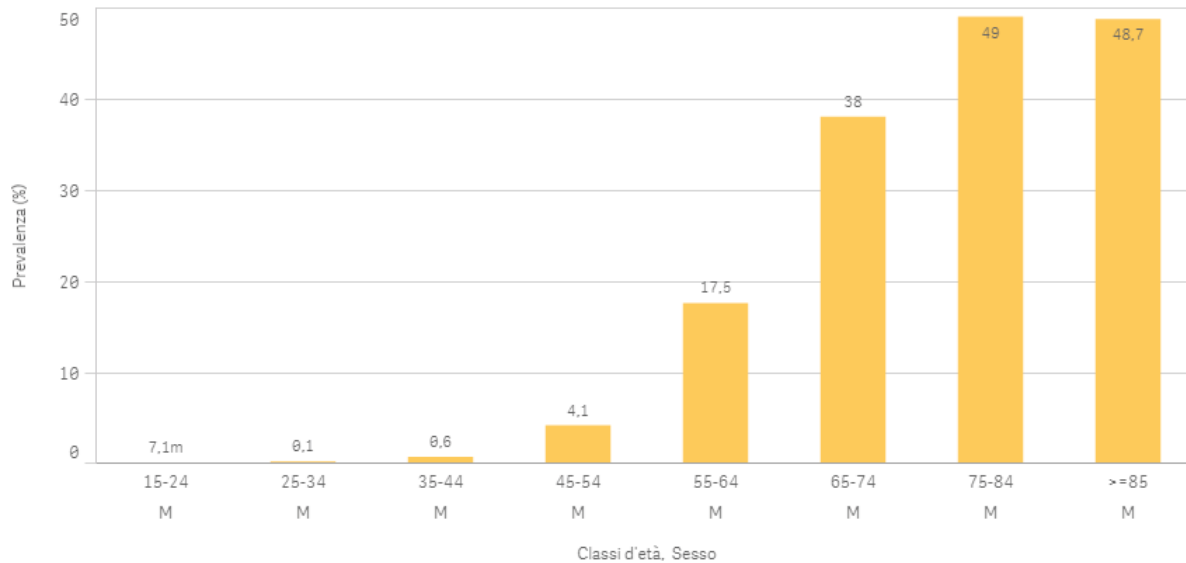
La prevalenza di IPB negli anni 2004-2014 mostra un trend crescente che varia dal 7,6% del 2004 al 13,6% del 2014 (**Figura 3.12b**).

Figura 3.12b Prevalenza (%) "lifetime" di IPB: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



L'analisi per fasce d'età (**Figura 3.12c**) mostra un trend crescente all'aumentare dell'età con un picco tra 75 e 84 anni (49,0%) e una stabilizzazione nella fascia d'età più avanzata (48,7% negli ultra 85enni).

Figura 3.12c Prevalenza (%) "lifetime" di IPB: analisi per classi di età (anno 2014)



L'analisi sull'uso dei farmaci per l'IPB (**Tabella 3.12a**), nel corso degli anni 2004-2014, ha fatto registrare una riduzione nella prevalenza d'uso degli antagonisti dell'alfa adrenorecettore, dal 38,9% al 36,7%; un calo è stato riscontrato anche per altri farmaci per l'IPB (da 3,3% del 2004 a 1,7% nel 2014). Inversamente, l'impiego di inibitori della testostosterone 5-alfa riduttasi è risultato in crescita, dal 15,6% nel 2004 a 18,0% nel 2014. Analizzando le prescrizioni del 2014, è emerso che il 21,8% delle prescrizioni di antagonisti dell'alfa adrenorecettore ha riguardato farmaci generici, così come il 12,1% delle prescrizioni di inibitori della testostosterone 5-alfa reduttasi.

Tabella 3.12a Prevalenza d'uso (%) di farmaci per l'IPB

anno ▼	Misure					
	AAA	% Generici	IRED	% Generici	ALTRI IPB	% Generici
2014	36,74	21,77	18,02	12,11	1,72	0,00
2013	37,14	22,28	17,92	9,57	1,82	0,00
2012	36,83	22,81	17,68	9,10	1,69	0,00
2011	37,28	21,62	17,73	8,97	1,91	0,00
2010	37,40	20,48	17,62	8,62	2,17	0,00
2009	37,66	18,49	17,00	8,08	2,33	0,00
2008	37,86	15,09	17,03	6,29	2,58	0,00
2007	38,02	13,28	16,89	2,11	2,57	0,00
2006	39,21	4,39	16,80	0,00	2,80	0,00
2005	39,31	3,87	16,64	0,00	3,05	0,00
2004	38,91	4,53	15,60	0,00	3,34	0,00

3.13 MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO (MRGE)

3.13.1 Codifiche impiegate

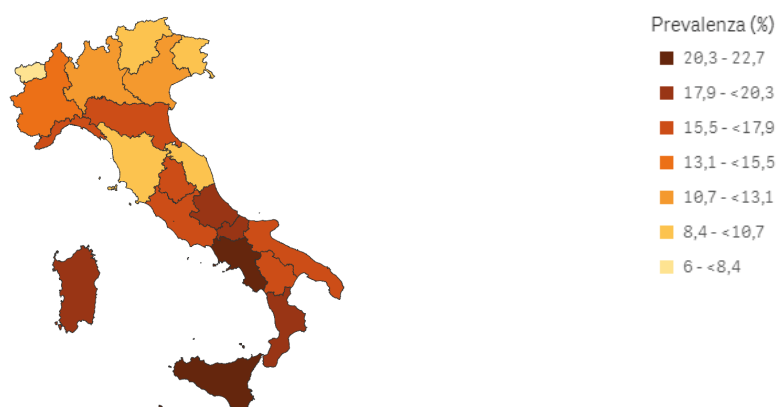
Diagnosi (ICD-9 CM): 530.x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Antiacidi (ATC: A02A); (2) H2 antagonisti (A02BA); (3) Inibitori di pompa protonica - IPP (A02BC) (3) Altri (A02BB, M01AB55, A02BX).

3.13.2 Risultati

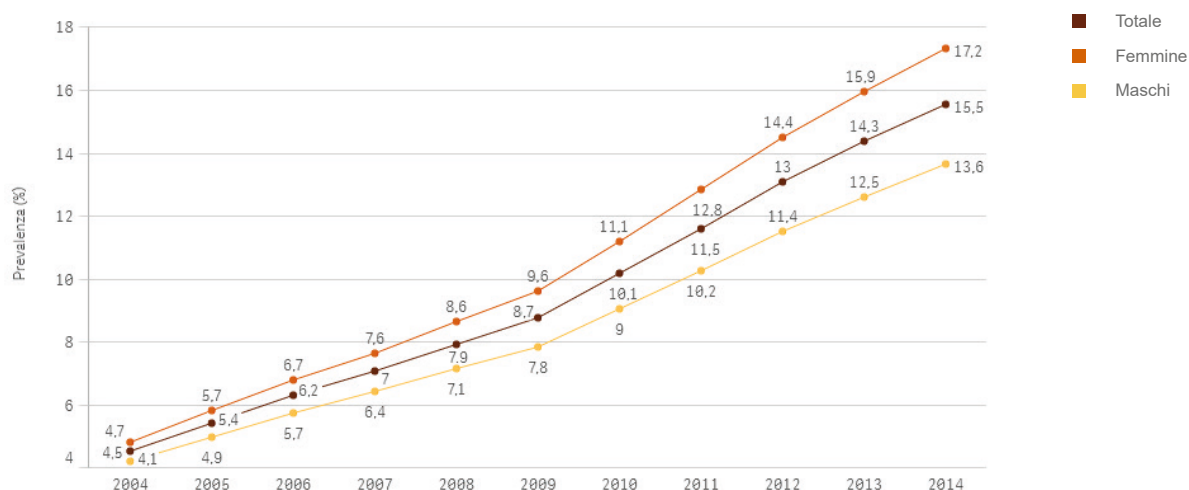
Nel 2014, 170.053 pazienti in carico agli 800 MMG validati del network HS presentavano una diagnosi di MRGE, per una prevalenza di patologia del 15,5%. L'analisi per area geografica (**Figura 3.11a**) mostra una maggiore prevalenza di MRGE al Centro-Sud, comprese le Isole, rispetto al Nord. La regione con la prevalenza più elevata è risultata la Sicilia (22,7%), seguita da Campania (20,9%) e Sardegna (19,4%).

Figura 3.13a Prevalenza (%) "lifetime" di MRGE: analisi per regione (anno 2014)



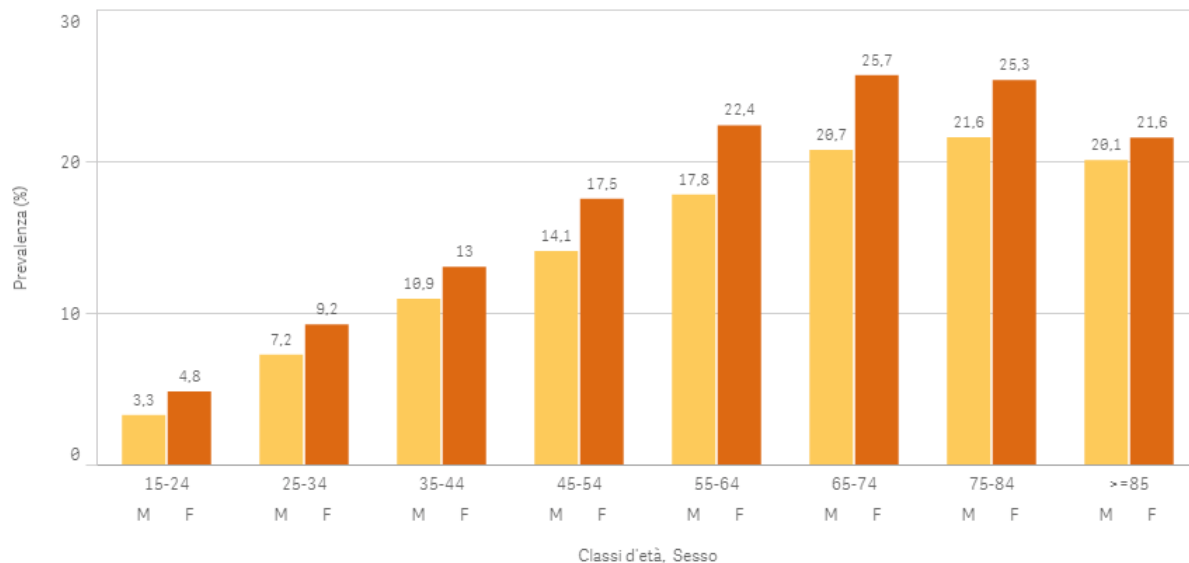
La prevalenza "lifetime" di MRGE mostra un trend in forte crescita (**Figura 3.13b**), che varia dal 4,5% del 2004 al 15,5% del 2014, con stime maggiori nelle donne (4,7% nel 2004 e 17,2% nel 2014) rispetto agli uomini (4,1% nel 2004 e 13,6% nel 2014).

Figura 3.13b Prevalenza (%) "lifetime" di MRGE: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



La prevalenza di MRGE aumenta al crescere dell'età sia per le donne che per gli uomini, con un picco nella fascia 65-74 anni per le donne (25,7%) e nella fascia 75-84 anni per gli uomini (21,6%). In entrambi i sessi la prevalenza tende a scendere nella fascia degli ultra 85enni (**Figura 3.13c**).

Figura 3.13c Prevalenza (%) “lifetime” di MRGE: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



Gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) sono i farmaci maggiormente prescritti per la MRGE; dall'analisi dei trend, emerge che, dopo una fase di crescita dal 2004 (52,2%) al 2010 (59,1%), l'impiego di questa categoria terapeutica sta via via calando, fino a raggiungere il 52,6% nel 2014. Anche tutte le altre categorie terapeutiche analizzate hanno mostrato un costante calo nel loro impiego tra il 2004 e il 2014; in particolare gli antiacidi (da 13,4% a 7,1%), gli H2-antagonisti (da 6,7% a 2,0%) e gli altri farmaci per la MRGE (da 13,0% a 11,4%). La quota di farmaci generici prescritti nel 2014, è stata pari al 46,7% di tutte le prescrizioni degli H2 antagonisti, al 38,5% degli IPP e dello 0,3% degli antiacidi (**Tabella 3.13a**).

Tabella 3.13a Prevalenza d'uso (%) di farmaci gastroprotettori

anno ▼	Misure							
	IPP	% Generici	AACI	% Generici	AH2	% Generici	ALTRI	% Generici
2014	52,63	38,05	7,07	0,30	1,99	46,72	11,42	0,81
2013	55,34	34,82	7,08	0,27	2,18	47,55	11,98	0,76
2012	57,02	31,87	7,31	0,32	2,33	42,10	12,12	1,01
2011	58,52	29,40	8,28	0,24	2,54	37,46	11,84	1,21
2010	59,10	25,55	10,58	0,12	2,88	35,55	12,23	0,90
2009	56,48	23,11	10,60	0,11	2,82	37,72	11,80	0,89
2008	55,08	23,75	11,21	0,08	2,82	39,71	11,36	0,83
2007	53,65	29,75	11,70	0,08	3,27	40,18	12,02	0,88
2006	55,18	10,17	12,91	0,08	4,21	39,33	12,69	1,12
2005	53,13	0,00	13,48	0,05	5,54	35,65	12,99	1,25
2004	52,23	0,00	13,42	0,10	6,74	36,30	12,96	1,47

IPP: Inibitori di pompa protonica; AACI: Antiacidi; AH2: H2 antagonisti; ALTRI: Altri farmaci per MRGE

3.14 TUMORE DELLO STOMACO

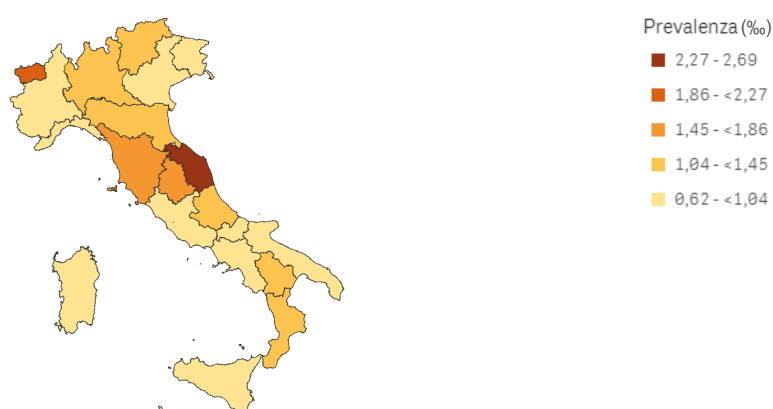
3.14.1 Codifiche impiegate

Diagnosi (ICD-9-CM): 151.x

3.14.2 Risultati

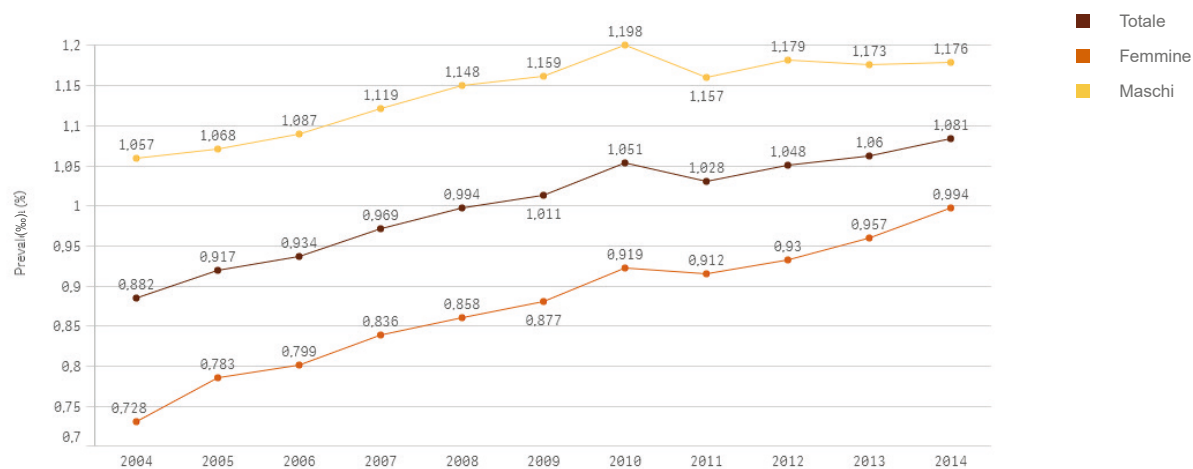
Nel 2014 1.188 pazienti, in carico agli 800 MMG validati del network HS, avevano una diagnosi di tumore allo stomaco, per una prevalenza pari all'1,1‰. L'analisi regionale (**Figura 3.14a**) indica che le regioni con le stime di prevalenza più elevate sono quelle del Centro, in particolare Marche (2,7‰) Umbria e Toscana (1,5‰), oltre alla Valle d'Aosta (2,2‰).

Figura 3.14a Prevalenza (‰) di Tumore dello stomaco: analisi per regione (anno 2014)



La prevalenza di tumore gastrico mostra un trend moderatamente crescente dal 2004 (0,9‰) al 2014 (1,1‰), con valori maggiori nei maschi (1,1‰ nel 2004 e 1,2‰ nel 2014) rispetto alle femmine (0,7‰ nel 2004 e 1,0‰ nel 2014) (**Figura 3.14b**).

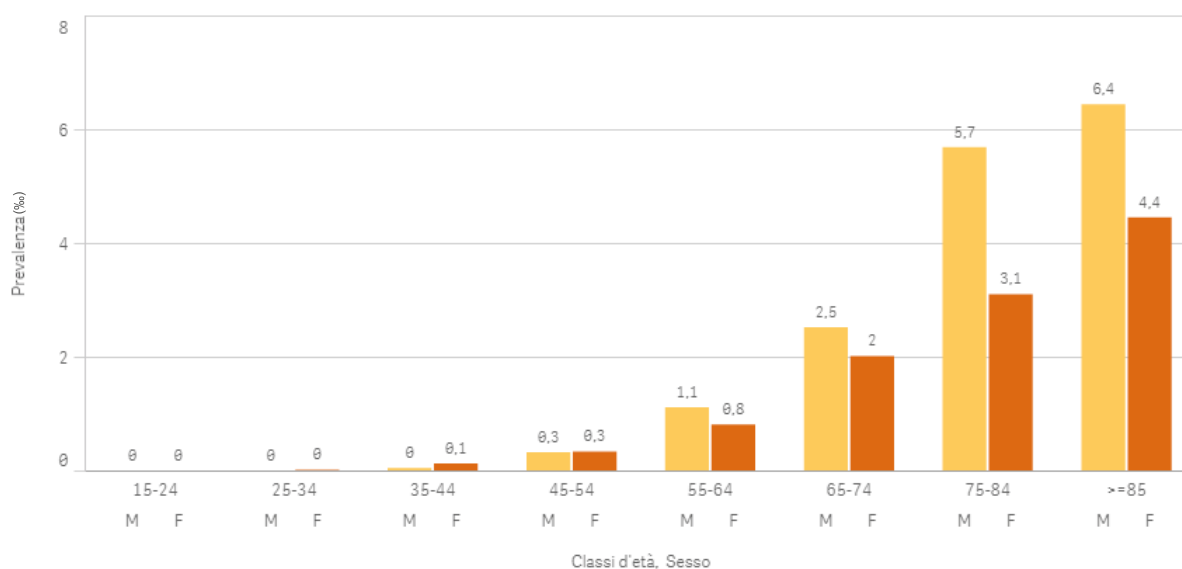
Figura 3.14b Prevalenza (‰) di Tumore dello stomaco: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



Per ciò che concerne l'età (**Figura 3.14c**), la prevalenza di tumore allo stomaco aumenta sensibilmente dopo il 65esimo anno di età, con valori nettamente più elevati nella popo-

lazione anziana maschile rispetto a quella femminile, raggiungendo il picco tra gli ultra 85enni (maschi 6,4% e femmine 4,4%); anche il delta per sesso cresce all'aumentare dell'età e risulta massimo nella fascia 75-84 anni.

Figura 3.14c Prevalenza (‰) di Tumore dello stomaco: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



3.15 TUMORE DEL COLON-RETTO

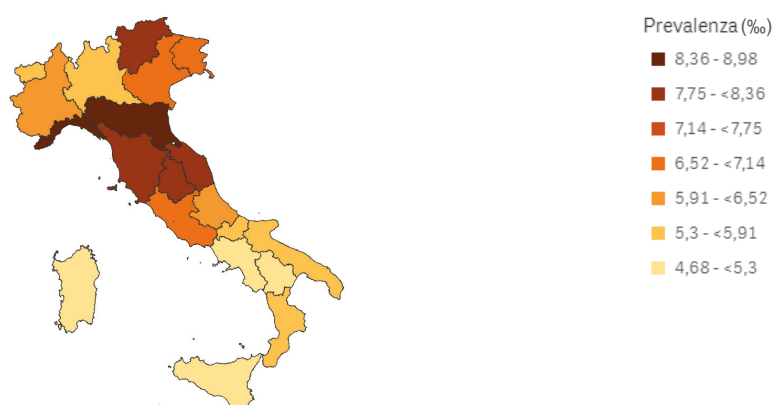
3.15.1 Codifiche impiegate

Diagnosi (ICD-9-CM): 153.x, 154.x, 159.x

3.15.2 Risultati

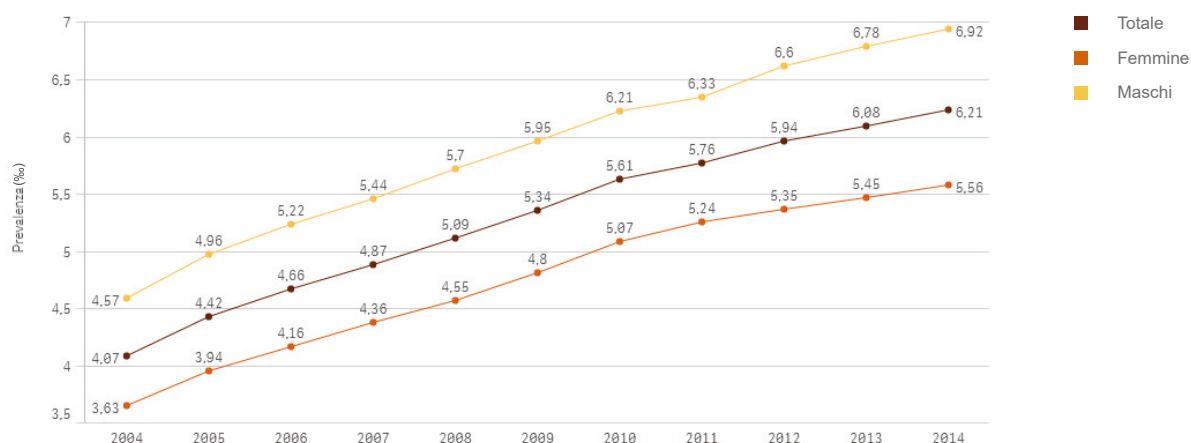
Nel 2014, sono stati registrati 1.188 soggetti con diagnosi di tumore del colon-retto dagli 800 MMG validati del network HS, per una prevalenza di patologia pari a 6,2‰. L'analisi geografica della prevalenza (**Figura 3.15a**) mostra che le regioni del Centro e del Nord Italia presentano stime di prevalenza nettamente più elevata, mentre il Sud appare l'area geografica a prevalenza più bassa. Le regioni con le più alte prevalenze sono risultate Liguria (9,0‰), Emilia Romagna (8,4‰), Toscana (8,1‰), Trentino Alto Adige (7,9‰), Marche e Umbria (7,8‰).

Figura 3.15a Prevalenza (‰) di Tumore del colon-retto: analisi per regione (anno 2014)



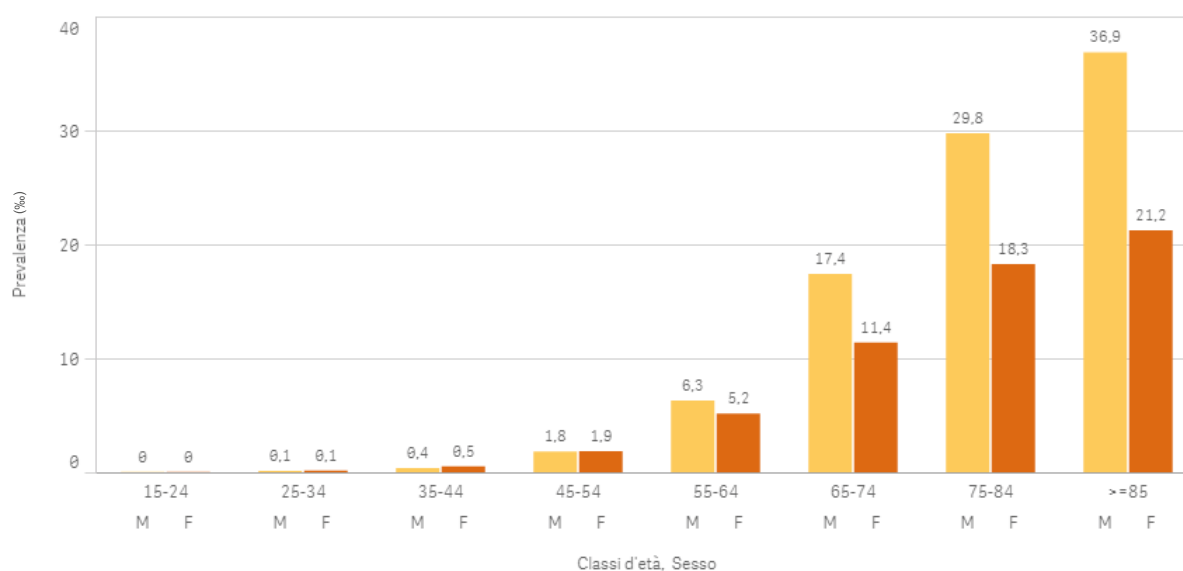
La prevalenza di tumore del colon-retto mostra un trend in crescita dal 2004 al 2014: dal 4,1‰ al 6,2‰ (**Figura 3.15b**). In tutti gli anni analizzati, sono stati registrati valori maggiori nei maschi (4,6‰ nel 2004 e 6,9‰ nel 2014) rispetto alle femmine (3,6‰ nel 2004 e 5,6‰ nel 2014).

Figura 3.15b Prevalenza (‰) di Tumore del colon-retto: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



L'analisi della prevalenza di tumore del colon-retto per classi d'età e sesso (**Figura 3.15c**) mostra un trend associato positivamente al crescere dell'età, sia per i maschi sia per le femmine, con un importante incremento nei maschi ultra 65enni. Il picco di prevalenza si riscontra tra gli ultra 85enni (maschi 36,9‰ e femmine 21,2‰). Il delta delle prevalenze di maschi e femmine cresce all'aumentare dell'età.

Figura 3.15c Prevalenza (‰) di Tumore del colon-retto: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



3.16 TUMORE AI POLMONI

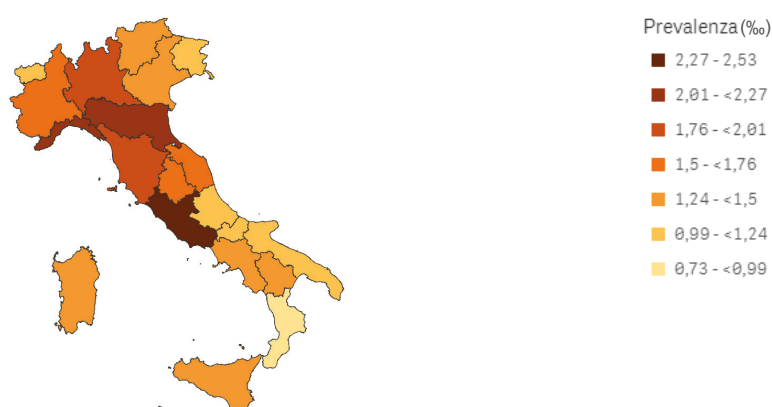
3.16.1 Codifiche impiegate

Diagnosi (ICD-9-CM): 162.x

3.16.2 Risultati

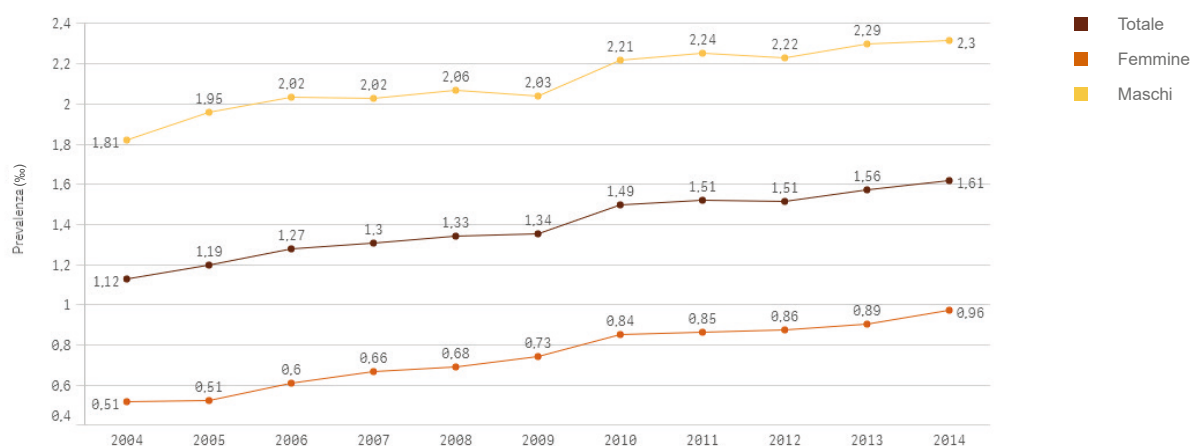
Nel 2014, i soggetti in carico agli 800 MMG validati del network HS con una diagnosi di tumore ai polmoni sono stati 1.767, per una prevalenza di patologia di 1,6%. Analizzando la prevalenza per area geografica (**Figura 3.16a**), si nota una certa variabilità nei valori. Le regioni a maggior prevalenza risultano Lazio (2,5%), Emilia Romagna e Liguria (2,1%).

Figura 3.16a Prevalenza (%) di Tumore ai polmoni: analisi per regione (anno 2014)



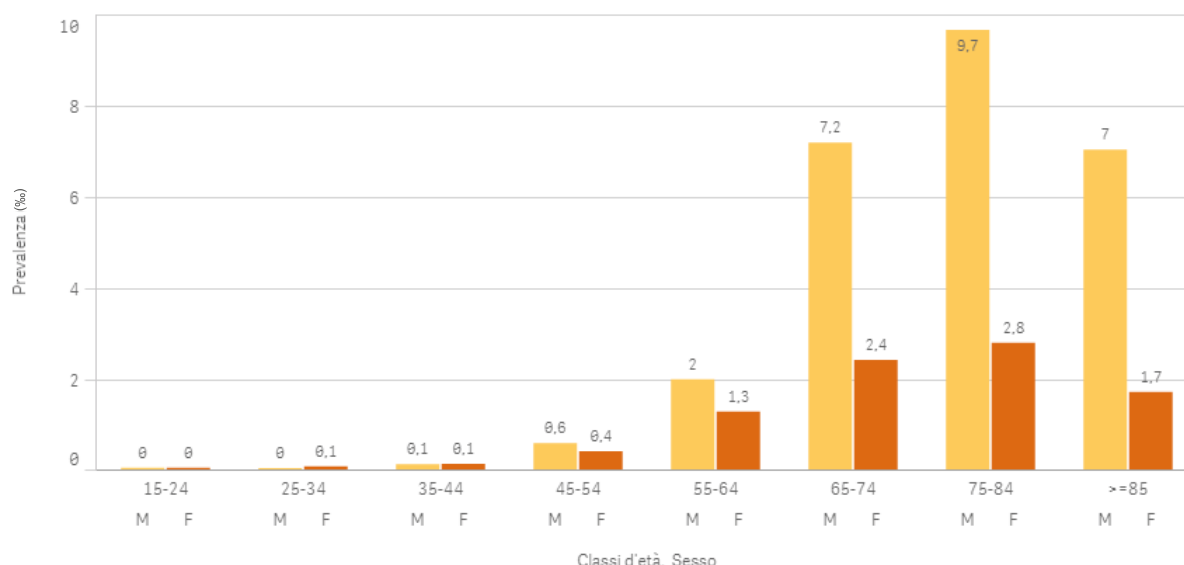
La prevalenza di tumore ai polmoni mostra un trend in lieve crescita che va dall'1,1% del 2004 fino all'1,6% del 2014 (**Figura 3.16b**); tale andamento si riscontra anche nell'analisi per sesso con valori sensibilmente maggiori nei maschi (1,8% nel 2004 e 2,3% nel 2014) rispetto alle femmine (0,5% nel 2004 e 0,9% nel 2014).

Figura 3.16b Prevalenza (%) di Tumore ai polmoni: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



L'analisi della prevalenza di tumore ai polmoni per classi d'età e sesso (**Figura 3.16c**) mostra un trend crescente al crescere dell'età, con un picco tra 75 e 84 anni (maschi 9,7% e femmine 2,8%) e una sensibile riduzione delle stime negli ultra 85enni. Il sesso maschile mostra valori di prevalenza superiori rispetto alle donne in tutte le fasce di età, con particolare rilevanza dopo i 75 anni.

Figura 3.16c Prevalenza (%) di Tumore ai polmoni: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



3.17 MELANOMA MALIGNO

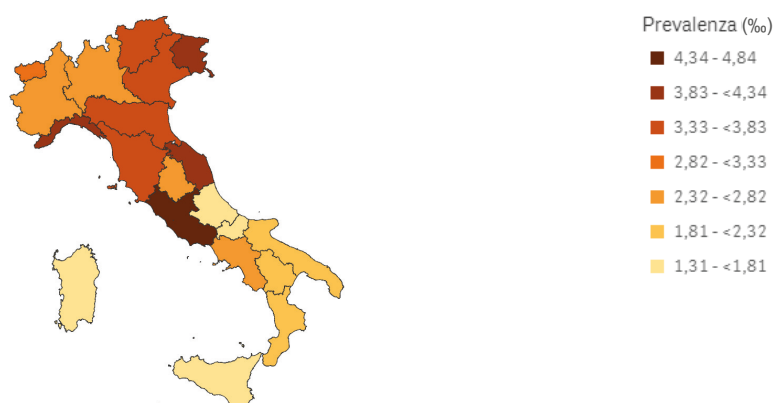
3.17.1 Codifiche impiegate

Diagnosi (ICD-9-CM): 172.x

3.17.2 Risultati

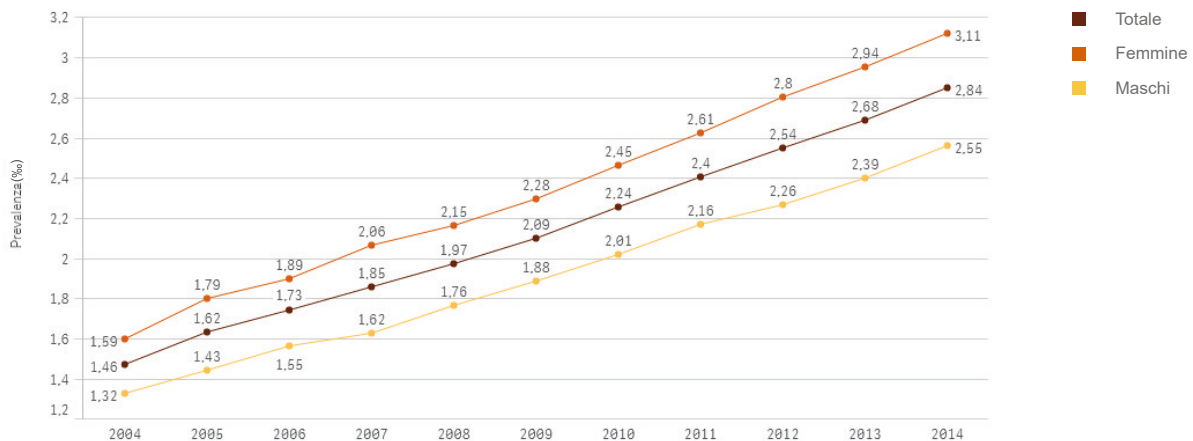
Nel 2014, 3.121 soggetti, in carico agli 800 MMG validati del network HS, avevano una diagnosi di melanoma maligno, con una prevalenza di patologia di 2,8‰. Per quanto riguarda la prevalenza per area geografica (**Figura 3.17a**), si osserva una certa variabilità, con stime maggiori al Nord e al Centro, al contrario, tali prevalenze risultano minori al Sud e nelle Isole. Le regioni con la prevalenza più elevata sono state: Lazio (4,8‰), Liguria (4,1‰), Marche (4,0‰) e Friuli Venezia Giulia (3,9‰).

Figura 3.17a Prevalenza (%) di Melanoma maligno: analisi per regione (anno 2014)



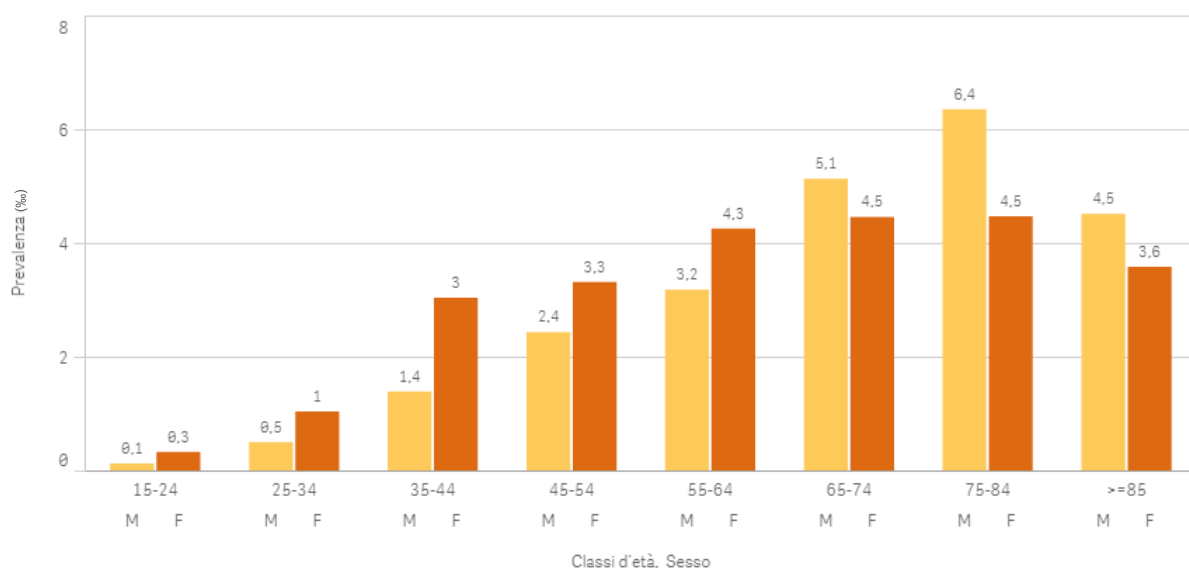
La prevalenza di melanoma maligno è cresciuta sensibilmente negli anni (**Figura 3.17b**), andando dall'1,5‰ del 2004 fino al 2,8‰ del 2014, con valori leggermente superiori nelle femmine (1,6‰ nel 2004 e 3,1‰ nel 2014) rispetto ai maschi (1,3‰ nel 2004 e 2,6‰ nel 2014).

Figura 3.17b Prevalenza (‰) di Melanoma maligno: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



L'analisi della prevalenza di melanoma maligno per classi d'età e sesso (**Figura 3.17c**) mostra un trend crescente al crescere dell'età, sebbene, rispetto ad altre forme di tumore, si osservi un prevalenza rilevante anche nei soggetti più giovani. Le donne mostrano valori di prevalenza superiori agli uomini fino alla fascia di età 55-64 anni. Viceversa, dal 65esimo anno, i maschi presentano stime di prevalenza superiori a quelle delle donne. Tra le donne il picco di prevalenza si raggiunge a 65 -74 anni (4,5‰) e rimane costante anche per la fascia d'età successiva, mentre tra gli uomini il picco si raggiunge nella fascia 75-84 anni (6,4‰).

Figura 3.17c Prevalenza (‰) di Melanoma maligno: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



3.18 TUMORE DELLA MAMMELLA

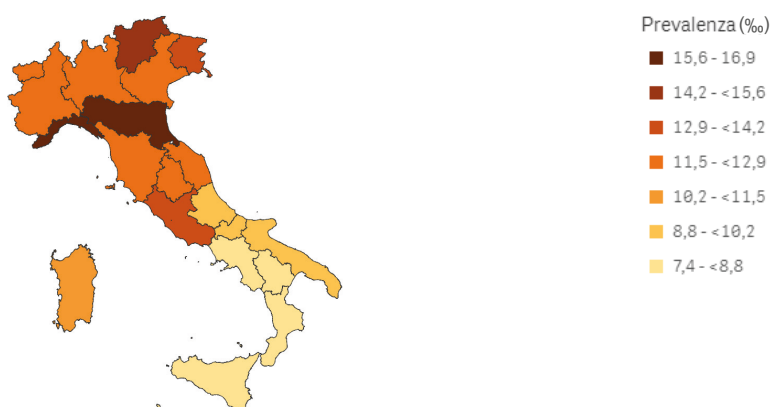
3.18.1 Codifiche impiegate

Diagnosi (ICD-9-CM): 174.x-175.x

3.18.2 Risultati

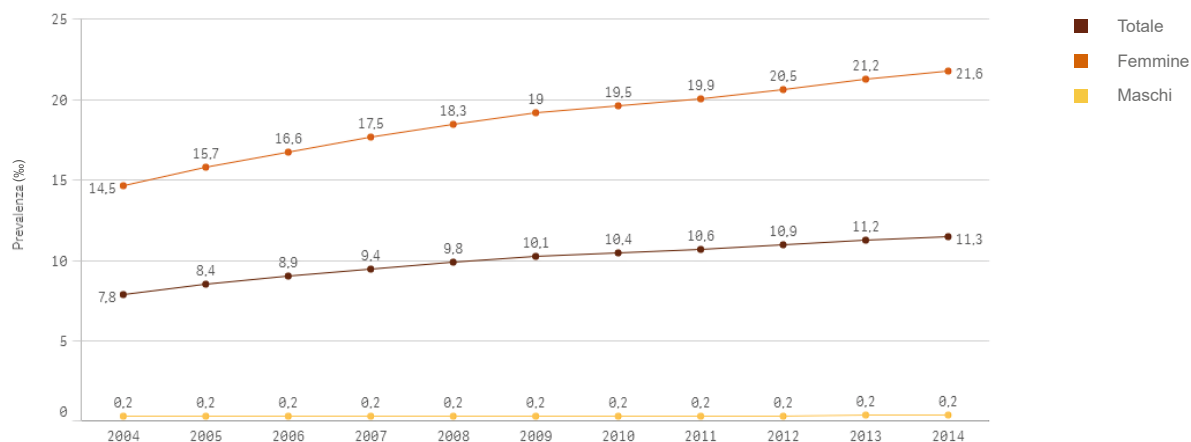
Nel 2014, 12.458 soggetti, in carico agli 800 MMG validati del network HS, avevano una diagnosi di tumore della mammella, pari a una prevalenza di patologia dell'11,3%. La distribuzione regionale (**Figura 3.18a**) mostra un gradiente geografico, con prevalenze più elevate al Centro Nord e inferiori al Sud. Le regioni con le stime più elevate sono risultate Emilia Romagna (16,9%), Liguria (15,8%) e Trentino Alto Adige (14,7%).

Figura 3.18a Prevalenza (%) di Tumore della mammella: analisi per regione (anno 2014)



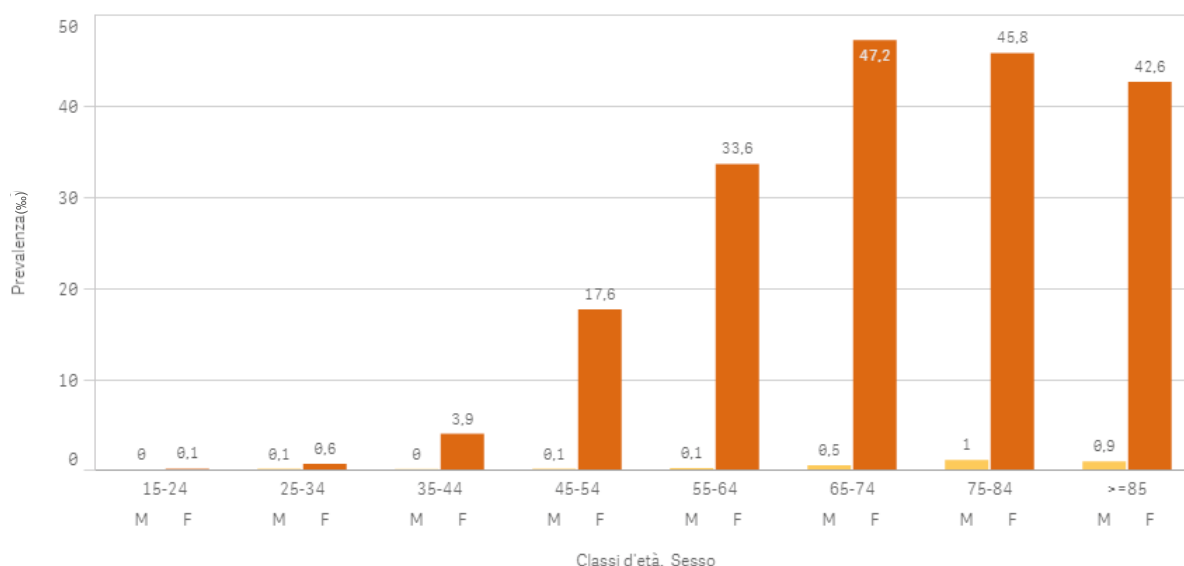
La prevalenza di tumore alla mammella mostra un trend crescente che, per l'intera popolazione, va dal 7,8% del 2004 fino all'11,3% del 2014 (**Figura 3.18b**). Valutando la prevalenza per le sole donne, essa varia dal 14,5% del 2004 al 21,6% del 2014. La prevalenza nel sesso maschile rimane pressoché costante in tutti gli anni ed è pari allo 0,2%.

Figura 3.18b Prevalenza (%) di Tumore della mammella: analisi per sesso e anni (anni 2004-2014)



L'analisi della prevalenza di tumore della mammella per sesso e classi d'età (**Figura 3.18c**) mostra un trend crescente al crescere dell'età con un picco nelle donne di 65-74 anni (47,2%). Tra gli uomini la prevalenza raggiunge al massimo l'1% nella fascia 75-84 anni.

Figura 3.18c Prevalenza (%) di Tumore della mammella: analisi per sesso e classi di età (anno 2014)



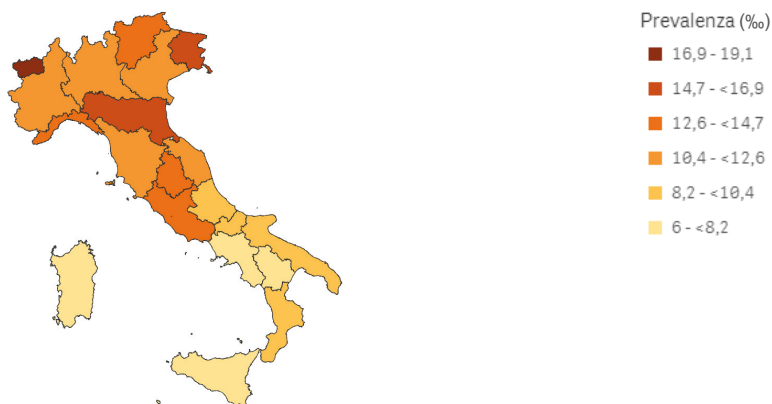
3.19 TUMORE DELLA PROSTATA

3.19.1 Codifiche impiegate

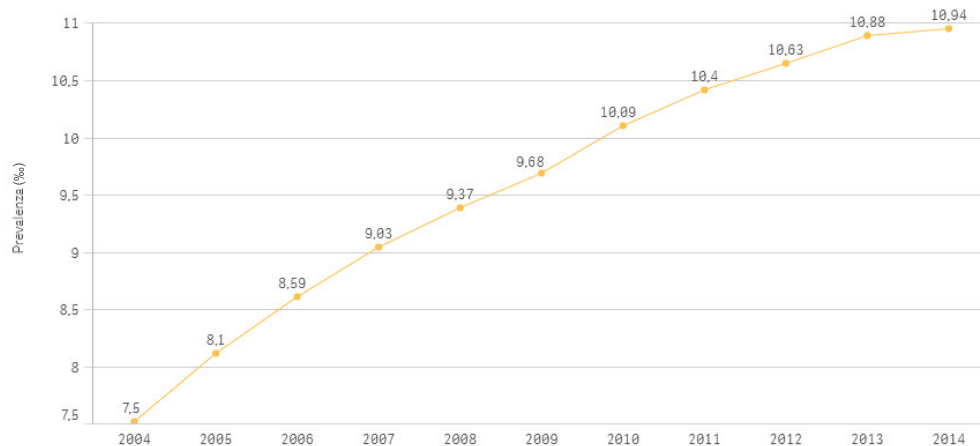
Diagnosi (ICD-9-CM): 185.x

3.19.2 Risultati

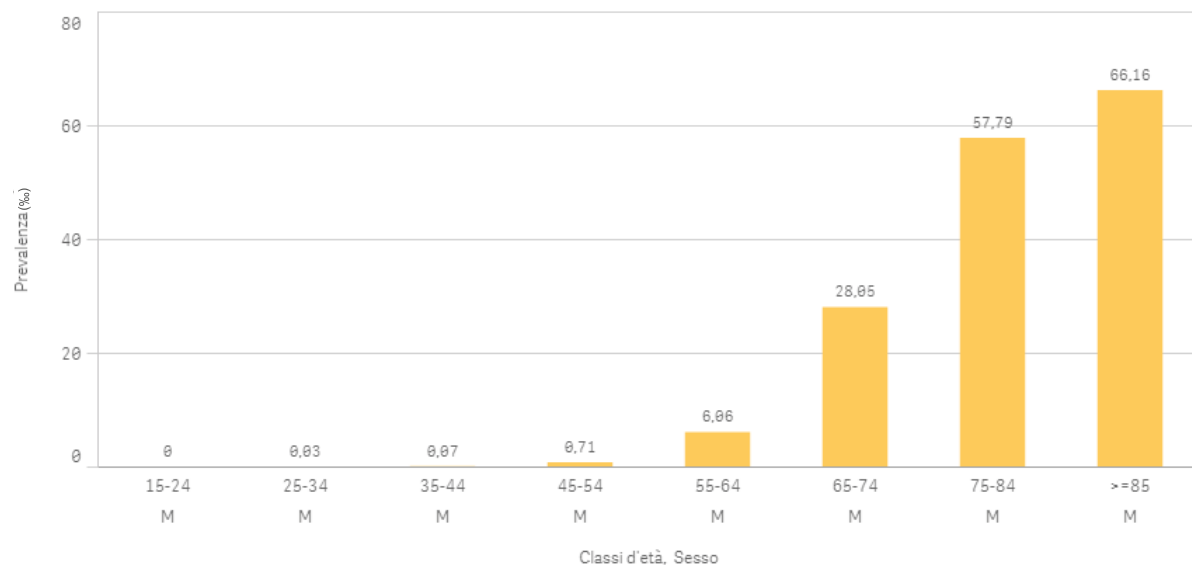
Nel 2014, 5.776 uomini, in carico agli 800 MMG validati del network HS, presentavano una diagnosi di tumore della prostata, per una prevalenza di patologia del 10,9%. Per quanto riguarda la prevalenza per area geografica (**Figura 3.19a**) si osserva una certa variabilità, con stime maggiori nel Nord, e con i valori più bassi nelle regioni del Sud e delle Isole. La regione con la prevalenza più elevata è stata la Valle d'Aosta (19,1%), seguita da Emilia Romagna (15,4%) e Friuli Venezia Giulia (15,1%).

Figura 3.19a Prevalenza (%) di Tumore della prostata: analisi per regione (anno 2014)

La prevalenza di tumore alla prostata mostra un trend in forte e costante crescita che varia da 7,5% del 2004 al 10,9% del 2014 (**Figura 3.19b**).

Figura 3.19b Prevalenza (%) di Tumore della prostata: analisi per anni (anni 2004-2014)

L'analisi della prevalenza di tumore alla prostata per classi d'età (**Figura 3.19c**) mostra un trend crescente al crescere dell'età, con un particolare incremento a partire dal 55esimo anno. Il picco di prevalenza si raggiunge tra gli uomini ultra 85enni con un valore di 66,2%.

Figura 3.19c Prevalenza (%) di Tumore della prostata: analisi per classi di età (anno 2014)



Health Care
Doctor
Hospital
Pharmacist
Nurse
Dentist
First Aid
Surgeon
Emergency



MEDICAL



MEDICAL



4.

RICERCHE 2014-2016 A CURA DEI MMG DEL NETWORK HS

Fin dalla sua nascita, Health Search (HS) prevede tra i propri obiettivi la realizzazione e la crescita di un network di MMG-ricercatori, con lo scopo di sviluppare la ricerca epidemiologica in Medicina Generale. Infatti, i ricercatori HS propongono e conducono veri e propri studi che impiegano i dati prodotti da essi stessi e dai propri colleghi, con l'obiettivo di rispondere alle esigenze di conoscenza e di implementazioni di strumenti migliorativi della pratica clinica. Di seguito sono riportate le ricerche condotte dai ricercatori HS, con il supporto scientifico-metodologico di epidemiologi e statistici, negli anni 2014-2016.

Per favorire la massima divulgazione di questi risultati, tutte le ricerche sono periodicamente pubblicate all'interno della Newsletter bimestrale di Health Search, disponibile sia nel sito internet www.healthsearch.it, sia come inserto della rivista ufficiale della Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie (SIMG).

4.1 ANNO 2014

4.1.1 Impatto epidemiologico del carcinoma polmonare nella medicina generale

INTRODUZIONE

Il tumore del polmone rappresenta la prima causa di morte per tumore nei maschi (il 26% del totale delle morti) e la terza causa nelle donne (11% del totale delle morti). Dai dati pubblicati dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) in collaborazione con l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), emerge che un uomo ogni 9 e una donna ogni 36 svilupperà un tumore al polmone. Inoltre, analizzando i trend tumorali dal 1996 al 2010 si nota come incidenza e mortalità del carcinoma polmonare risultino in calo per gli uomini e in ascesa per le donne. I dati di prevalenza riportati nell'ultimo Report Health Search (HS) mostrano un trend crescente del tumore del polmone da 1,2‰ nel 2003 fino al 2,0‰ nel 2011.

Il fumo di sigarette è ampiamente riconosciuto come il principale fattore rischio per l'insorgenza di carcinoma polmonare, e ne rappresenta la causa primaria nell'85-90% dei casi. Il rischio relativo dei fumatori rispetto ai non fumatori è aumentato di circa 14 volte e si incrementa ulteriormente fino a 20 volte nei forti fumatori.

Il medico di medicina generale (MMG) riveste un ruolo importante nella gestione del paziente con carcinoma polmonare. Infatti, come riportato dalle recenti linee guida sul carcinoma polmonare pubblicate a Febbraio 2014 dallo Scottish Intercollegiate Guidelines Network, il management del paziente affetto da questa neoplasia dovrebbe avvenire da parte di un team multidisciplinare che coinvolge anche la medicina generale.

L'obiettivo del presente studio è, pertanto, valutare l'impatto epidemiologico del carcinoma polmonare all'interno della medicina generale italiana, nonché di analizzare il dato sull'abitudine al fumo che, sebbene previsto nella cartella clinica HS, ad oggi, risulta spesso non compilato dal MMG.

METODI

Nel presente studio sono stati considerati eleggibili i pazienti in carico presso i 700 MMG del network HS, "validati" per la qualità del dato registrato. Tali soggetti dovevano avere un'età ≥ 14 anni e dovevano essere attivi al 31/12/2012 nel database HS. A partire da questa popolazione di riferimento e mediante l'individuazione del codice ICD9CM 162.9, è stata calcolata la prevalenza (X 1000) di carcinoma polmonare nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di individui con diagnosi di carcinoma polmonare (ICD9CM: 162.9);
- **[denominatore]** numero di individui presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31/12/2012.

Le analisi sono state stratificate per genere, età e per distribuzione geografica. E' stata anche calcolata l'incidenza (x 1000) della patologia nell'anno 2012 e l'eventuale registrazione del dato sull'abitudine al fumo.

RISULTATI

A partire dalla popolazione attiva di 936.152 assistiti nel 2012 dei 700 MMG ricercatori HS, sono stati identificati 1.929 pazienti con una diagnosi di carcinoma polmonare nel 2012, per una prevalenza complessiva di patologia del 2,1‰ (**Tabella 4.1.1a**).

La prevalenza è risultata sensibilmente maggiore nelle uomini rispetto alle donne (3,0‰ vs. 1,2‰) e, di gran lunga superiore nella fascia d'età più avanzata, fino ad arrivare a 12,7‰ negli uomini con 75-84 anni (**Tabella 4.1.1a**).

L'analisi per distribuzione geografica mostra che le regioni a maggior prevalenza sono Emilia Romagna e Lazio, con una prevalenza di 2,7‰. Questo dato è confermato sia per gli uomini, per i quali in entrambe queste regioni si raggiunge una prevalenza di 4,0‰, sia per le donne che fanno registrare una prevalenza di 1,5‰ nel Lazio e 1,6‰ in Emilia Romagna (**Tabella 4.1.1a**).

L'incidenza del carcinoma polmonare nel 2012 è risultata di 0,6‰, con valori più elevati tra gli uomini rispetto alle donne (1,0‰ vs. 0,3‰).

L'analisi del dato sull'abitudine al fumo è stata condotta sia sull'intera popolazione HS, sia all'interno della coorte di pazienti con diagnosi di tumore polmonare. Da tale analisi è emerso che la quota di fumatori e di ex-fumatori è superiore all'interno della coorte di soggetti con carcinoma polmonare sia tra i maschi (26,4% vs 17,0% per i fumatori e 38,7% vs 15,2% per gli ex fumatori), sia tra le femmine (21,0% vs 12,6% per le fumatrici e 17,7% vs 6,4% per le ex fumatrici. Occorre precisare, però, che questo dato non era registrato in elevate percentuali della popolazione generale (42,8% tra gli uomini e 40,4% tra le donne) e della coorte di pazienti con carcinoma polmonare (24,3% tra gli uomini e 29,2% tra le donne) (**Tabella 4.1.1b**).

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	X1000	N	X1000	N	X1000
Fasce d'età						
15-24	1	0,0	2	0,0	3	0,0
25-34	1	0,0	3	0,1	4	0,0
35-44	13	0,2	13	0,2	26	0,2
45-54	66	0,8	49	0,6	115	0,7
55-64	211	3,1	109	1,5	320	2,3
65-74	531	9,4	188	3,0	719	6,0
75-84	439	12,7	149	3,0	588	7,0
>=85	101	9,5	53	2,3	154	4,6
Regione						
Piemonte/Aosta	108	3,6	35	1,1	143	2,3
Liguria	41	2,9	24	1,5	65	2,2
Lombardia	224	3,1	106	1,4	330	2,3
Trentino/FVG	51	2,3	29	1,2	80	1,7
Veneto	88	2,4	44	1,1	132	1,8
Emilia Romagna	103	4,0	49	1,6	152	2,7
Toscana	88	3,4	24	0,9	112	2,1
Umbria	36	3,0	18	1,3	54	2,1
Marche	35	2,8	11	0,9	46	1,8
Lazio	158	4,0	68	1,5	226	2,7
Abruzzo/Molise	32	2,1	14	0,8	46	1,4
Campania	112	2,9	55	1,3	167	2,1
Puglia	98	2,9	22	0,6	120	1,7
Basilicata/Calabria	43	2,1	7	0,3	50	1,2
Sicilia	118	3,0	49	1,1	167	2,0
Sardegna	28	2,4	11	0,9	39	1,6
TOTALE	1363	3,0	566	1,2	1929	2,1

Tabella 4.1.1a

Prevalenza (x1000) di Carcinoma Polmonare al 31/12/2012 nella popolazione attiva del campione dei 700 medici Health Search – CSD LPD. Distribuzione per sesso, età e area geografica.

Tabella 4.1.1b Distribuzione del fumo nella popolazione generale e nei pazienti con diagnosi di carcinoma polmonare

Fumo*	Popolazione generale				Pop. con carcinoma polmonare			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No	112.645	25,1	19.7504	40,6	144	10,6	182	32,2
Si	76.231	17,0	61.541	12,6	360	26,4	119	21,0
Ex	68.192	15,2	30.997	6,4	528	38,7	100	17,7
Dato mancante	192.329	42,8	196.713	40,4	331	24,3	165	29,2

*ultimo valore registrato

Il parere del medico di medicina generale

Di fronte ad una patologia che riveste un'importanza epidemiologica di notevole impatto sociale (pensiamo al balzo del tumore polmonare dal 10° al 5° posto dal 1990 al 2020 come causa di mortalità mondiale e ricordando come anche la BPCO guadagni il 3° posto dal 6° di partenza) anche la medicina generale presenta le sue criticità.

Balza subito agli occhi, infatti, che la registrazione del dato sull'abitudine al fumo è ancora lacunosa e incompleta (you can't manage what you don't measure), non solo nei pazienti affetti da tumore polmonare o da BPCO, ma ancora di più nella popolazione generale (più del 40% non ha il dato registrato). Ricordiamo come la lotta al tabagismo abbia una fortissima e incontestabile evidenza nella riduzione della mortalità su queste (e non solo) pandemie tabacco-correlate; la mancata conoscenza del dato sul fumo vanifica, pertanto, gli eventuali interventi successivi (counseling e altri supporti intensivi). Occorre ricordare, inoltre, che la lotta al tabagismo inizia in **età pediatrica** e nelle scuole inferiori, considerando che l'ingresso all'abitudine tabagica avviene nell'età adolescenziale (soprattutto nelle donne).

Anche la **diagnosi precoce** in questo "big killer" rappresenta un aspetto frustrante, essendosi spenti gli entusiasmi di screening di massa (rx torace, tac spirale) troppo enfatizzati dai mass-media ma improponibili per i costi elevati e la mancanza di dati certi sulla sopravvivenza; mentre, fondate speranze sono legate a nuove tecniche di laboratorio (dosaggio micro-rna).

La stessa **sintomatologia**, subdola e aspecifica, fa sì che la maggior parte dei pazienti giunga alla diagnosi ormai in fase tardiva, ossia in stadi avanzati che non consentono approcci chirurgici radicali (giustificando i bassissimi valori di sopravvivenza a 5 anni = 10% circa).

La stessa **gestione clinica** del paziente neoplastico pone al medico di medicina generale innumerevoli criticità:

- la mancata coordinazione e comunicazione con gli altri attori (oncologi, chirurghi, radioterapisti, ecc.);

- la difficile **gestione degli effetti collaterali della terapia e delle eventuali comorbidità**;
- **la prevenzione del tromboembolismo**;
- **la terapia nutrizionale e palliativa** (ricordo l'obbligo di compilazione della scheda pain);

Il medico di medicina generale, spesso, è culturalmente impreparato alla gestione di tale problematiche, in quanto è legato a modelli di medicina sempre "vittoriosa" sulla malattia, è sempre più oppresso da una burocrazia ottusa e asfissiante e da vincoli economici sempre più rigidi, nonché è investito da crescenti "domande di salute" che si traducono in un aumento esponenziale dei contatti di salute specie al Sud Italia (ricordo che in un decennio questi sono pressoché triplicati). A ciò si aggiunge (ciliegina sulla torta) una classe medica sempre più vecchia, stanca, e con scarsi ricambi generazionali.

In questo contesto, il malato oncologico languisce spesso in una "terra di nessuno", dove si inserisce, a volte, la meritevole azione di società onlus. Inoltre, il malato oncologico tende a richiedere sempre meno interventi per rassegnazione e sensi di colpa, scusandosi con noi di "farci perdere tempo prezioso" e accettando la sofferenza come espiazione, scivolando silenziosamente nella fase terminale verso la quale, purtroppo, siamo ancora impreparati.

A cura del Dott. Baldassare Di Silvestre

4.1.2 Prevalenza di endometriosi e prevalenza d'uso dei contraccettivi nella popolazione femminile in carico alla medicina generale

INTRODUZIONE

L'endometriosi è definita dalla presenza di ghiandole endometriali e stroma al di fuori della cavità uterina, spesso associata a dolore pelvico, infertilità e masse annessiali. Si manifesta con cisti endometriosiche, fibrosi, aderenze a volte di tale gravità da sovvertire l'apparato riproduttivo della donna e da causare infertilità. Può colpire le donne dalla prima mestruazione e continuare fino alla menopausa, anche se dopo i 40 anni la crescita del tessuto endometriale presente fuori dalla cavità uterina sembra più lenta.

La malattia si sviluppa indipendentemente dal fatto di aver avuto o meno gravidanze, anche se dopo le gravidanze, qualora presente già prima della gravidanza, sembra avere una crescita più accelerata.

Le manifestazioni cliniche sono rappresentate dal dolore pelvico, dalla presenza di una massa in sede pelvica, da un'alterazione del ciclo e dall'infertilità. Alcune donne con endometriosi estesa possono essere asintomatiche, mentre altre con lesioni minime possono avere un dolore invalidante.

L'endometriosi è una malattia che ha un impatto rilevante sulla qualità della vita, determinando: disturbi del sonno, influenze negative sul lavoro, rapporti sessuali dolorosi (se non impossibili) con conseguenze sul rapporto di coppia. Inoltre, le donne affette da endome-

triosi riportano di soffrire anche di depressione, frustrazione, rabbia, ansia, nervosismo, affaticamento, nonché sensazione di non essere aiutata.

Sebbene i dati epidemiologici siano molto variabili, si può affermare che in Europa l'endometriosi colpisca circa il 10% delle donne tra i 25 e i 44 anni e che oltre il 30% dei casi di infertilità femminile sia dovuto proprio a questo disturbo. Esistono poche analisi epidemiologiche svolte sulla popolazione italiana: secondo una stima del Census Bureau in Italia, nel 2004, erano affette da endometriosi 2.902.873, ossia il 5% della popolazione femminile. Tuttavia, tale dato è probabilmente una sottostima dovuta a una mancata diagnosi sia da parte dei ginecologi, sia dei medici di medicina generale (MMG).

Spesso la diagnosi di endometriosi arriva tardivamente a causa del mancato riconoscimento dei sintomi da parte delle donne, che considerano normale il dolore mestruale, e da parte dei medici stessi. A ciò si aggiunge che l'eventuale assunzione di contraccettivi determina un sollievo temporaneo del dolore con conseguente sottovalutazione della sintomatologia.

Attualmente non è disponibile un trattamento risolutivo dell'endometriosi che non sia chirurgico, pertanto le strategie terapeutiche messe in atto hanno l'obiettivo di alleviare la sintomatologia e di favorire la fertilità. In particolare, la sintomatologia dolorosa viene controllata con i FANS, o con l'impiego di contraccettivi orali e intravaginali/intrauterini. La riduzione della presenza degli estrogeni circolanti si può ottenere anche tramite gli antagonisti del GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone), o mediante androgeni. Infine, in alcuni casi, è necessario ricorrere alla chirurgia. Tuttavia, anche dopo la terapia farmacologica e/o chirurgica è comunque possibile una recidiva della sintomatologia e delle lesioni.

Da questo quadro si evidenzia, quindi, la necessità di una diagnosi tempestiva e di un trattamento adeguato per migliorare la qualità della vita e ridurre il rischio di complicanze. In tale contesto il ruolo del MMG è fondamentale nel sospettare la patologia e nell'indirizzare la donna verso un corretto percorso diagnostico e terapeutico.

Considerata la scarsità di informazioni su questo problema clinico, il presente studio ha lo scopo di indagare la prevalenza di endometriosi all'interno della popolazione femminile in carico alla medicina generale italiana, e di valutare questo dato anche in funzione della prevalenza d'impiego dei contraccettivi.

METODI

Sono stati considerati eleggibili per lo studio i pazienti di sesso femminile in carico presso i 700 MMG del network Health Search (HS) "validati" per la qualità del dato registrato. Le donne dovevano avere un'età compresa tra 14 e 50 anni e dovevano essere attive al 31/12/2013 nel database HS.

A partire da tale popolazione femminile di riferimento, sono state individuate le donne con una diagnosi di endometriosi mediante il codice ICD9CM 617*. La prevalenza (%) di endometriosi è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di donne con diagnosi di endometriosi (ICD9CM:617*);
- **[denominatore]** numero di donne tra 14 e 50 anni presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31/12/2013.

E' stata anche calcolata la prevalenza d'uso (%) di contraccettivi orali e intravaginali/intrauterini nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di donne con una prescrizione di contraccettivo orale (ATC: G03A*) o contraccettivo intravaginale/intrauterino (ATC: G02BA* o G02BB*, oppure ICD9CM: V25.1*, V25.4*, V25.5*, V25.9*, 996.32* o 996.65*) nel 2013;
- **[denominatore]** numero di donne tra 14 e 50 anni presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31/12/2013.

Le analisi sono state stratificate per età e per distribuzione geografica.

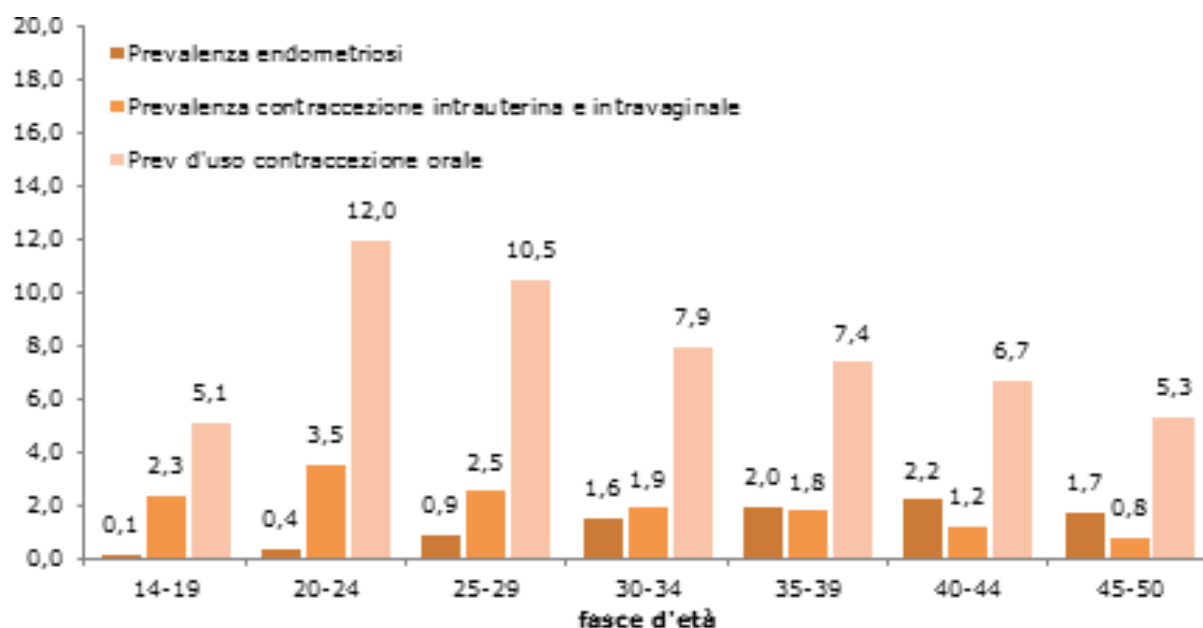
RISULTATI

Nella popolazione attiva di 236.054 donne tra 14 e 50 anni, assistite nel 2013 dei 700 MMG ricercatori HS, sono stati identificate 3.351 pazienti con una diagnosi di endometriosi nel 2013, per una prevalenza complessiva di patologia del 1,4%.

La prevalenza è risultata maggiore nelle fasce d'età centrali: 30-39 (2,0%) e 40-44 anni (2,2%) (**Figura 4.1.2a**). L'analisi per distribuzione geografica evidenzia che la prevalenza maggiore è stata registrata per Veneto ed Emilia Romagna (1,8%), seguite da Liguria e Sardegna (1,7%). Al contrario, Basilicata e Calabria hanno presentato il dato di prevalenza più basso (0,8%) (**Tabella 4.1.2a**).

Sull'intera popolazione di donne analizzata, la prevalenza d'uso dei contraccettivi orali è stata pari a 7,8%, mentre quella dei contraccettivi intravaginali/intrauterini pari a 1,8%. La prevalenza d'uso di contraccettivi orali è risultata massima tra le donne di 20-24 anni (12,0%), per poi calare con l'aumentare dell'età, fino ad arrivare a 5,3% tra le donne con 45-50 anni. Un identico andamento si riscontra per la contraccezione intravaginale/intrauterina, che presenta il suo picco massimo per l'età 20-24 anni (3,5%) per poi diminuire fino a 0,8% per le donne con 45-50 anni (**Figura 4.1.2a**). La distribuzione geografica dell'impiego di contraccettivi mostra marcate differenze tra il Nord e il Sud Italia, sia per i contraccettivi orali, sia per quelli intravaginali/intrauterini. Infatti, dai dati emerge una prevalenza d'impiego di contraccettivi orali tra il 7% e il 12% per le regioni del Nord e del Centro, rispetto a una prevalenza inferiore al 3% per le regioni del Sud. Queste differenze permangono anche per i contraccettivi intravaginali/intrauterini che sono impiegati in oltre il 2% nelle donne del Nord e del Centro Italia e in meno dell'1% delle donne residenti al Sud. Da questo gradiente geografico si discosta molto la regione Sardegna, dove si è registrata una prevalenza di contraccettivi orali pari al 19,5% e una prevalenza di contraccettivi intravaginali/intrauterini del 2,9% (**Tabella 4.1.2a**).

Figura 4.1.2a Prevalenza* (%) di endometriosi e prevalenza d'uso dei contraccettivi orali e intravaginali/intrauterini: distribuzione per fasce d'età (anno 2013)



* Denominatore: popolazione femminile tra 14 e 50 anni attiva al 31/12/2013

Regione	Endometriosi		Contraccezione intrauterina e intravaginale		Contraccettivi orali	
	N	%	N	%	N	%
Piemonte/Aosta	236	1,5	337	2,2	1434	9,3
Liguria	108	1,7	103	1,6	438	6,9
Lombardia	574	1,5	923	2,5	3545	9,5
Trentino/FVG	152	1,4	273	2,6	1291	12,1
Veneto	337	1,8	458	2,4	2025	10,6
Emilia Romagna	224	1,8	435	3,4	1576	12,4
Toscana	184	1,5	276	2,2	1335	10,7
Umbria	80	1,3	126	2,1	533	8,9
Marche	84	1,3	150	2,3	592	9,2
Lazio	292	1,4	310	1,5	1216	5,8
Abruzzo/Molise	113	1,4	110	1,4	515	6,5
Campania	279	1,2	154	0,7	486	2,2
Puglia	208	1,2	146	0,8	723	4,2
Basilicata/Calabria	88	0,8	68	0,6	272	2,4
Sicilia	295	1,3	219	1,0	689	3,0
Sardegna	97	1,7	163	2,9	1106	19,5
TOTALE	3351	1,4	4251	1,8	17776	7,5

Tabella 4.1.2a

Prevalenza* (%) di endometriosi e prevalenza d'uso dei contraccettivi orali e intravaginali/intrauterini: distribuzione per area geografica (anno 2013)

Il parere del medico di medicina generale

L'endometriosi è una malattia di difficile diagnosi sia a causa della difficoltà di riconoscerne i sintomi, che si presentano in forme diverse, sia per la scarsità di accertamenti diagnostici in grado di definirla con accuratezza.

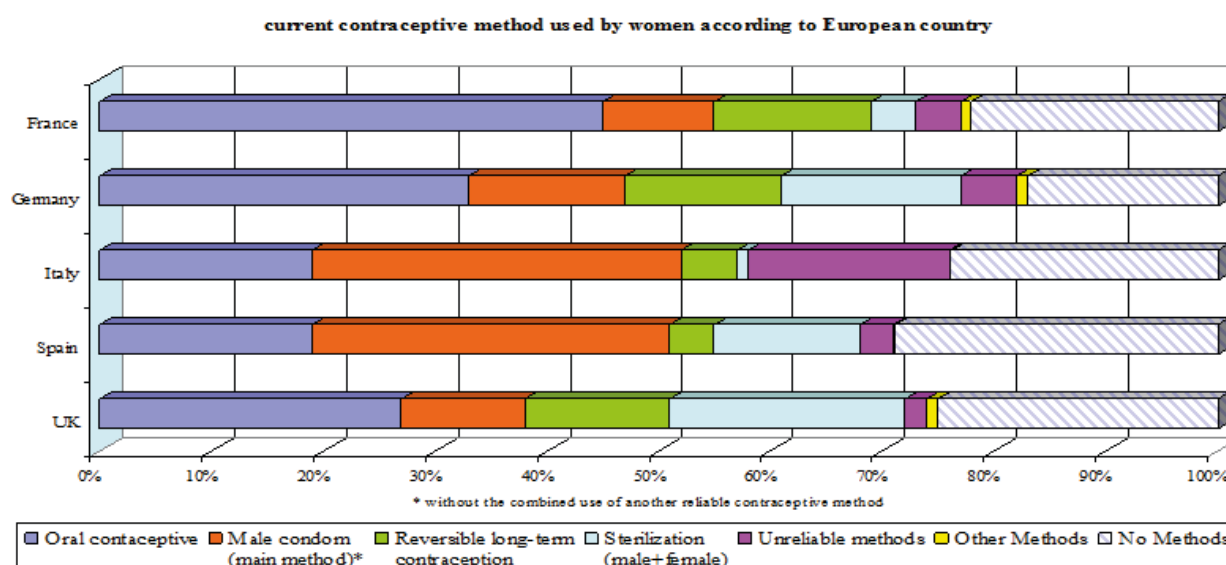
Il dolore mestruale, che è il sintomo più tipico (dismenorrea) viene spesso ritenuto normale dalle donne che ne soffrono e dai medici con cui vengono in contatto, e per questo motivo non viene preso in giusta considerazione. Effettivamente molte volte può essere così, ma l'importante, così come per altri tipi di dolore, è valutarlo con attenzione e "misurarlo", in modo da evidenziare quando sia oltre misura e possa quindi farci pensare alla presenza di una patologia pelvica.

Un'altra occasione di contatto della donna col MMG è legata all'infertilità, anch'essa spesso causata dall'endometriosi. Anche in questo caso andrà posta l'attenzione alla diagnostica che prevede la misurazione del CA-125 e un'accurata ecografia, fino ad arrivare a tecniche di imaging più precise come l'isterosalpingografia o la Risonanza Magnetica.

In entrambe le situazioni il ruolo del MMG è quello di sospettare la patologia grazie alla conoscenza della paziente e della sua storia.

Molte volte la prescrizione di un contraccettivo estroprogestinico (EP) permette una parziale risoluzione dei sintomi e anche in questo il MMG dovrà porre attenzione a non prescrivere senza escludere preventivamente la possibilità di una patologia endometriosica, ove ne esista il sospetto, ma dovrà altrettanto rinforzare l'adesione al trattamento, se consigliato dallo specialista. Vediamo chiaramente dai dati ricavati da questa ricerca, come una buona parte delle prescrizioni di EP passi attraverso il MMG: sono spesso prescrizioni di continuazione della terapia, certo, ma prevedono un contatto con la paziente che può permettere una rivalutazione dell'efficacia della terapia, della compliance, e degli effetti collaterali. Alcune terapie contraccettive EP, e in particolare alcuni dispositivi intrauterini, possono essere indicati in alcune forme di endometriosi, ma dal confronto con le altre nazioni (**Figura 4.1.2b**) osserviamo che il loro uso è molto scarso in Italia, così come è bassa l'abitudine all'uso della contraccezione valida.

Figura 4.1.2b Impiego dei metodi contraccettivi in diversi Paesi EU



A cura della Dott.ssa Raffaella Michieli

4.2 ANNO 2015

4.2.1 Prevalenza di anemia sideropenica e conseguenti processi diagnostico-terapeutici della medicina generale italiana

INTRODUZIONE

L'anemia sideropenica colpisce circa 610 milioni di persone nel mondo pari all'8,8% della popolazione mondiale, con percentuali superiori nelle donne rispetto agli uomini (9,9% vs 7,8%). Questo disturbo copre circa la metà di tutte le forme di anemia, seppure spesso risulti non riconosciuta e, pertanto, sotto-diagnosticata.

Le cause dell'anemia sideropenica sono rappresentate da un aumentato fabbisogno di ferro (accrescimento corporeo nei giovani, mestruazioni, gravidanza e parto, allattamento), da aumentate perdite (menorragia, emorragie gastrointestinali, interventi chirurgici), da ridotta assunzione (diete squilibrate o carenti, vegetariane, alcolismo, età avanzata) o da ridotto assorbimento (celiachia, patologie gastroduodenali, gastrectomia o bypass intestinale, insufficienza renale).

Sia l'anemia sideropenica, sia la carenza marziale lieve o moderata, sono caratterizzate da ipoferritinemia, perdita di capelli, affaticamento, intolleranza al freddo, irritabilità. Oltre che da un punto di vista clinico, l'anemia sideropenica ha una notevole rilevanza sociale, in quanto nel bambino limita crescita e apprendimento, mentre nell'adulto riduce la capacità lavorativa.

Le linee guida sull'anemia sideropenica consigliano di prendere in considerazione l'esecuzione di una gastroscopia e di una colonscopia, al fine di individuare possibili perdite occulte di sangue, in particolare nei casi in cui la causa dell'anemia non appaia manifesta, e soprattutto nei maschi e nelle donne in menopausa. Inoltre, esse raccomandano di effettuare il test per la diagnosi di celiachia a tutti i pazienti con diagnosi di anemia sideropenica.

Per quanto concerne la terapia, le linee guida suggeriscono di trattare i pazienti con medicinali a base di ferro preferendo le formulazioni orali a base di solfato ferroso, ricorrendo a quelle per via parenterale solo quando le prime non sono tollerate dal paziente o non risultino efficaci a causa di malassorbimento. Infine, la terapia trasfusionale dovrebbe essere riservata solo ai pazienti ad alto rischio cardiovascolare a seguito di un'anemia grave.

In tale contesto, il ruolo del MMG risulta di fondamentale importanza sia per la tempestiva e corretta diagnosi che per la terapia e il monitoraggio nel tempo.

Considerata la scarsità di studi epidemiologici su questo tema (quelli esistenti riguardano contesti nazionali diversi da quello italiano, oppure si concentrano su popolazione speciali quali quelle pediatriche o i pazienti in dialisi), il presente studio ha lo scopo di fornire un dato di prevalenza dell'anemia sideropenica nella popolazione in carico alla medicina generale italiana. Inoltre, lo studio ha l'obiettivo di valutare i processi diagnostico terapeutici messi in atto dai MMG italiani per la presa in carico dei soggetti affetti da anemia sideropenica.

METODI

Sono stati considerati eleggibili per lo studio i pazienti in carico presso i 700 MMG del network Health Search (HS) “validati” per la qualità del dato registrato, e attivi tra gli anni 2007 e 2013.

A partire dalla popolazione di riferimento di ciascun anno, sono stati individuati i soggetti con una diagnosi di anemia sideropenica mediante il codice ICD9-CM 280.x. La prevalenza annua (%) di anemia sideropenica è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti con diagnosi di anemia sideropenica (ICD9-CM:280.x);
- **[denominatore]** numero di assistiti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31 dicembre di ciascun anno in studio.

Le analisi di prevalenza sono state stratificate per sesso.

Tra i soggetti affetti da anemia sideropenica, mediante l'analisi della richiesta di accertamenti e delle prescrizioni farmaceutiche, è stata valutata, in ogni anno in studio, la quota di soggetti per i quali il MMG aveva richiesto una gastroscopia o colonscopia, un test per la celiachia e la quota di soggetti che avevano ricevuto almeno 3 prescrizioni di terapia marziale per via orale. Tale analisi è stata effettuata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti con almeno una richiesta di accertamento (gastroscopia/colonscopia o test per celiachia) e numero di soggetti con almeno 3 prescrizioni di terapia marziale orale (ATC: B03AA*, B03AB*, B03AD* e B03AE*);
- **[denominatore]** numero di soggetti con diagnosi di anemia sideropenica (ICD9-CM:280.x) al 31 dicembre di ciascun anno in studio.

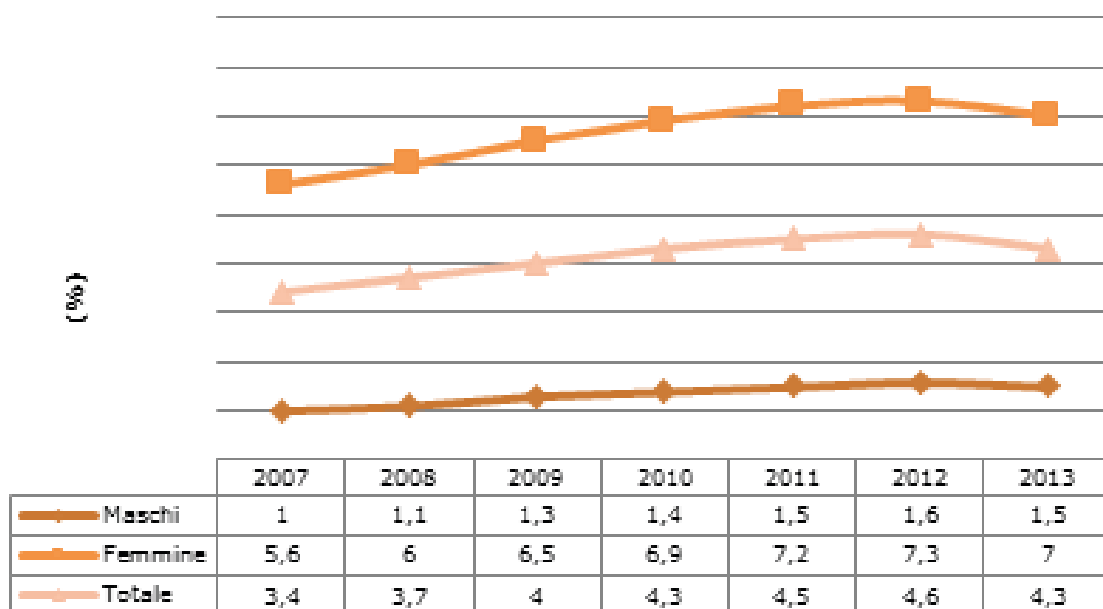
RISULTATI

All'interno della popolazione attiva degli assistiti dei 700 MMG ricercatori HS, la prevalenza annua di anemia sideropenica è aumentata progressivamente nel periodo in studio, andando dal 3,4% del 2007 al 4,3% del 2013. La prevalenza ha raggiunto il valore più elevato nel 2012, dove il 4,6% della popolazione è risultata affetta da tale disturbo. In tutti gli anni considerati, le donne presentavano una prevalenza di circa 5 volte superiore a quella degli uomini; infatti, nel 2013 il 7% delle donne assistite dai MMG HS presentava una diagnosi di anemia sideropenica, rispetto all'1,5% degli uomini (**Figura 4.2.1a**).

Dall'analisi delle richieste di accertamenti, è emerso che i MMG hanno richiesto una gastroscopia o una colonscopia in circa il 5% dei soggetti con anemia sideropenica nell'anno indice, mentre il test per la celiachia è stato richiesto per circa il 2% di tale popolazione. Queste percentuali hanno mostrato un lieve aumento negli anni considerati, raggiungendo la quota di 5,7% per la richiesta di gastroscopia/colonscopia nel 2012 e la quota di 2,6% per il test sulla celiachia negli anni 2010 e 2011 (**Figura 4.2.1b**).

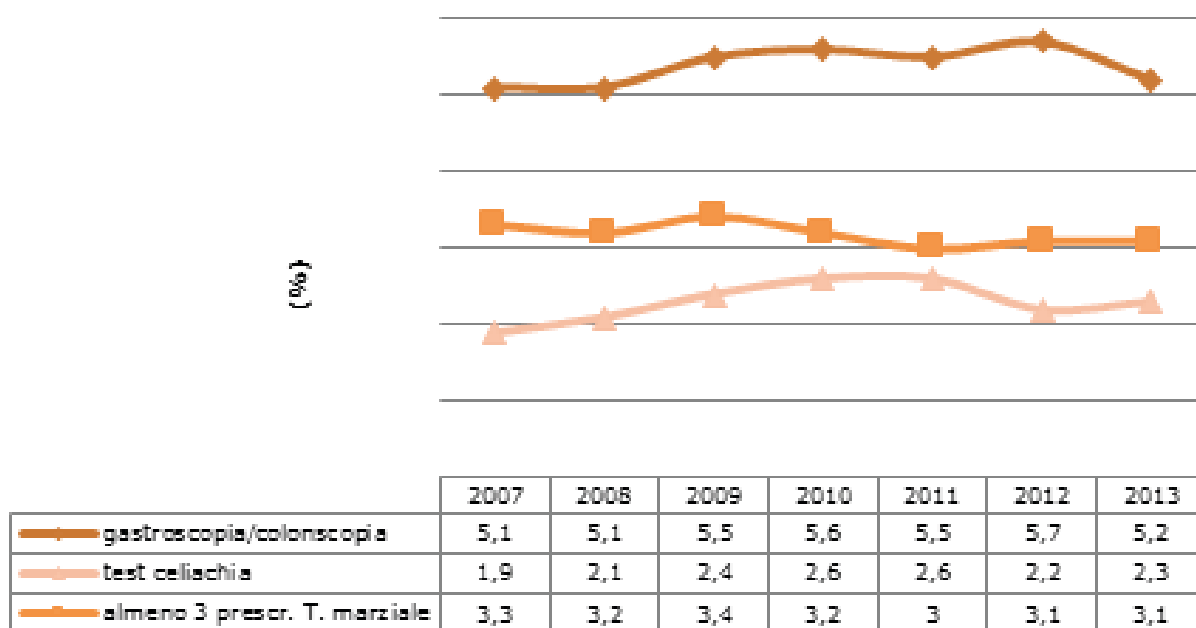
L'analisi delle prescrizioni di terapia marziale per via orale, ha mostrato che solo il 3% dei soggetti affetti da anemia sideropenica ha ricevuto almeno 3 prescrizioni di medicinali a base di ferro nell'anno di osservazione. Tale percentuale si è mantenuta pressoché costante in tutti gli anni osservati (**Figura 4.2.1b**).

Figura 4.2.1a Prevalenza (%) di anemia sideropenica: distribuzione per genere (anni 2007-2013)



Denominatore: Popolazione attiva al 31 dicembre di ciascun anno

Figura 4.2.1b Accertamenti e terapia marziale orale per l'anemia sideropenica (anni 2007-2013)



Il parere del medico di medicina generale

Dai dati presentati in questo studio emerge che l'anemia sideropenica, in un numero elevato di casi, tende ad assumere un andamento cronico e ricorrente. Ciò potrebbe essere dovuto alla sottovalutazione da parte dei medici delle conseguenze sulla salute del paziente e, quindi, sulla sua capacità lavorativa, ma anche una tendenza da parte delle donne in età fertile a considerare la carenza di Ferro una situazione fisiologica. Un aspetto che merita un approfondimento emerge dal dato relativo alle procedure diagnostiche messe in atto dal MMG. Infatti, nonostante le raccomandazioni delle più autorevoli linee guida sugli accertamenti da effettuare in presenza di anemia sideropenica, solo una piccola percentuale dei soggetti affetti da questo disturbo viene sottoposto a gastroscopia e/o colonscopia; sebbene queste indagini si concentrino correttamente soprattutto nei maschi e nelle femmine in menopausa, il loro utilizzo appare ancora troppo limitato e ciò potrebbe contribuire a non individuare la causa dell'anemia e a favorirne quindi la persistenza e la recidiva. Il test per la celiachia nei pazienti con anemia sideropenica non è ancora entrato nella pratica clinica.

Riguardo al trattamento dell'anemia sideropenica, è opportuno ricordare che lo scopo della terapia è quello di normalizzare il livello di emoglobina e del volume eritrocitario e di ripristinare le riserve di ferro nei depositi, oltre che di rimuovere e correggere la causa scatenante quando ciò è possibile. Pertanto, la terapia marziale per via orale dovrebbe essere intrapresa non appena viene diagnosticato il disturbo e dovrebbe essere mantenuta per almeno 4-6 mesi. Tuttavia, i dati dello studio mostrano come solo una piccola quota dei soggetti a cui è stata diagnosticata l'anemia sideropenica ricevano un appropriato e continuo trattamento con terapia marziale per via orale. Questo dato denota come il sotto-trattamento dell'anemia sideropenica sia molto diffuso e, in parte, ciò potrebbe essere dovuto alla scarsa tollerabilità dei prodotti a disposizione. Infatti, il problema della scarsa tollerabilità della terapia marziale per via orale è molto comune e si manifesta con nausea, vomito, dispepsia, che sono dose-dipendenti, oltre a stipsi e diarrea. Al fine di ridurre i sintomi sarebbe opportuno iniziare con dosaggi più bassi e aumentarli in 4-5 giorni, frazionando il dosaggio giornaliero e/o assumendo il ferro ai pasti, anche se ciò può determinare una riduzione dell'assorbimento.

In conclusione, dal quadro emerso da questo studio, si rende necessaria un'attenta riflessione dei MMG sul problema dell'anemia sideropenica e sulla sua appropriata gestione e trattamento.

A cura del Dott. Maurizio Cancian

4.2.2 Prevalenza di apnee ostruttive notturne e percorsi diagnostico - strumentali nella popolazione in carico alla medicina generale italiana

INTRODUZIONE

La sindrome delle apnee ostruttive notturne, nota anche come Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS), è un disturbo respiratorio del sonno caratterizzato da episodi ripetuti di completa (apnea) o parziale (ipopnea) ostruzione delle vie aeree superiori, normalmente associati a una riduzione della saturazione di ossigeno nel sangue.

I sintomi notturni che caratterizzano l'OSAS sono: russamento abituale, pause respiratorie nel sonno riferite dal partner, risvegli con sensazione di soffocamento, sonno notturno agitato, nicturia, xerostomia e, in misura minore, sudorazione notturna eccessiva. Le conseguenze diurne dell'OSAS sono: sensazione di sonno non ristoratore, cefalea, eccessiva sonnolenza diurna, aumentato rischio di incidenti stradali, deficit cognitivi (in particolare disturbi di memoria, concentrazione ed attenzione) e, in misura minore, depressione del tono dell'umore e impotenza sessuale.

Sebbene il semplice russamento non abbia rilevanza clinica importante, questo sintomo costituisce un fenomeno che non va sottovalutato, in quanto potrebbe precedere l'OSAS con conseguenze cliniche anche rilevanti. Infatti, le ripetute apnee, oltre a influire sulla qualità della vita del paziente, possono determinare uno sforzo respiratorio con variazioni della frequenza cardiaca e aumento della pressione arteriosa. Pertanto, è possibile un'evoluzione verso quadri clinici più gravi, comprendenti ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, infarto, ipertensione polmonare e aritmie cardiache.

Le OSAS interessano circa il 4-6% della popolazione adulta, riguarda tutte le fasce d'età ed è più comune nel sesso maschile e negli individui di oltre 60 anni. Nella maggior parte dei pazienti si osserva una maggiore gravità dei sintomi con l'aumento del peso corporeo. Infatti, la condizione di sovrappeso e di obesità è uno fra i principali fattori predisponenti le OSAS. Oltre a questa condizione, risultano a maggior rischio i soggetti affetti da ipertensione arteriosa e quelli con anomalie nasofaringee che riducono il calibro delle vie respiratorie superiori. Anche l'impiego di sedativi e il consumo elevato di alcol possono aggravare condizioni di rischio preesistenti. Infine, è stata ipotizzata una componente ereditaria, in quanto il disturbo sembra ricorrere negli stessi gruppi familiari.

Il percorso diagnostico delle OSAS parte dalla valutazione del quadro clinico del paziente e segue un procedimento strumentale genericamente definito polisonnografia. Tale indagine consente di monitorare il flusso aereo al naso e alla bocca, i movimenti del torace e dell'addome, la pulsossimetria e il russamento. Essa consiste di diversi tipi di monitoraggio, i cui tracciati devono sempre essere analizzati manualmente da un medico esperto in disturbi del sonno.

Nonostante le gravi conseguenze cliniche, attualmente le apnee ostruttive notturne sono ampiamente sotto-diagnosticate: il disturbo non viene riconosciuto in circa il 93% delle donne e l'82% degli uomini. Per tale motivo è di fondamentale rilevanza studiare l'impatto epidemiologico di questo disturbo nella medicina generale, nonché le modalità con cui i medici di medicina generale (MMG) intraprendono il percorso diagnostico in collaborazione con gli specialisti.

Il presente studio ha l'obiettivo di stimare la prevalenza di diagnosi di apnee ostruttive notturne nella medicina generale italiana e di valutare il ricorso agli appropriati accertamenti diagnostico-strumentali da parte dei MMG.

METODI

Sono stati considerati eleggibili per lo studio i pazienti in carico presso i 700 MMG del network Health Search (HS) "validati" per la qualità del dato registrato, ≥ 14 anni e attivi al 31 dicembre 2013.

A partire da tale popolazione di riferimento, sono stati individuati i soggetti con una diagnosi di apnee ostruttive notturne, mediante i codici ICD9-CM 780.57, 780.53 e 780.51. La prevalenza (%) di apnee ostruttive notturne è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti con diagnosi di apnea ostruttiva notturna (ICD9-CM 780.57, 780.53 e 780.51);
- **[denominatore]** numero di assistiti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31 dicembre del 2013.

Le analisi di prevalenza sono state stratificate per sesso, età e BMI.

Tra i soggetti affetti da apnee ostruttive notturne, mediante l'analisi della richiesta di accertamenti, è stata valutata la quota di soggetti per i quali il MMG aveva richiesto una polisonnografia e/o il test polisonnografico. Tale analisi è stata effettuata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti con almeno una richiesta di accertamento (polisonnografia e/o test polisonnografico);
- **[denominatore]** numero di soggetti con diagnosi di apnee ostruttive notturne (ICD9-CM 780.57, 780.53 e 780.51) al 31 dicembre 2013.

Le analisi di prevalenza d'uso (%) di indagini diagnostico-strumentali sono state stratificate per sesso.

RISULTATI

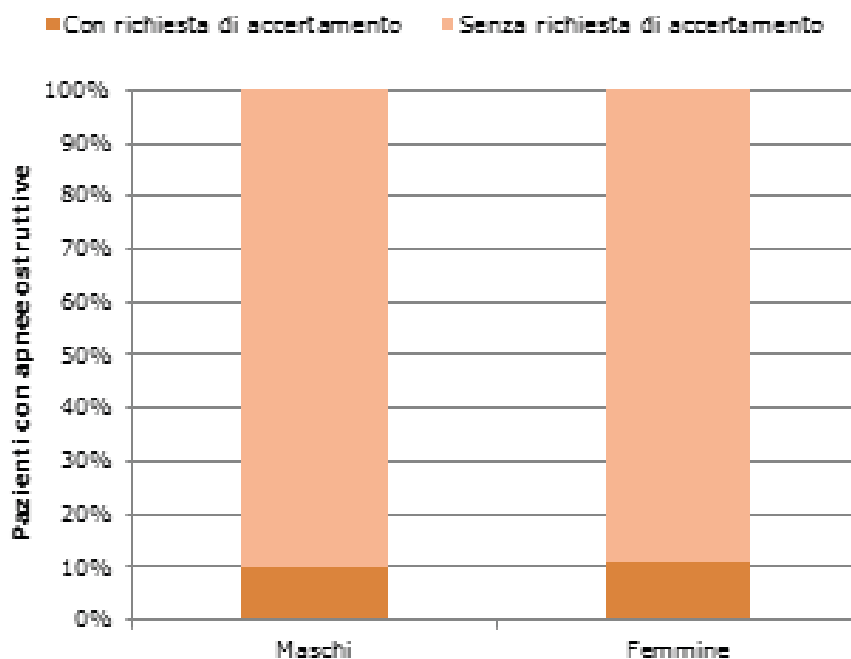
All'interno della popolazione adulta di 923.464 assistiti nel 2013 dei 700 MMG ricercatori HS, sono stati individuati 8.675 soggetti con diagnosi di apnee ostruttive notturne, per una prevalenza annua di patologia dello 0,9%. Tale prevalenza è risultata circa 3 volte superiore tra gli uomini rispetto alle donne (1,4% vs. 0,5%) e aumenta all'aumentare dell'età, con un picco nella fascia d'età 65-74 anni (1,8%). Dall'analisi del BMI è emerso che la prevalenza di apnee ostruttive notturne aumenta con l'aumentare dell'indice BMI. Infatti, se nei soggetti sottopeso e in quelli normopeso la prevalenza è stata inferiore a quella della popolazione generale (0,2% e 0,5%, rispettivamente), nei soggetti sovrappeso questa è stata dell'1,4%. Inoltre, per i soggetti obesi, la prevalenza di apnee notturne è molto elevata e aumenta all'aumentare della classe di obesità, andando da 2,7% per i soggetti con obesità di classe I, fino a 7,6% per quelli con obesità di classe III (**Tabella 4.2.2a**).

Dall'analisi delle indagini diagnostico-strumentali effettuate, è emerso che i MMG hanno richiesto una polisonnografia e/o un test polisonnografico in circa il 10% dei soggetti con apnee ostruttive notturne; tale percentuale è solo leggermente più alta nelle donne rispetto agli uomini (10,5% vs 9,6%) (**Figura 4.2.2a**).

GENERE	N	%
Maschi	6351	1,4
Femmine	2324	0,5
ETA'		
15-24	83	0,1
25-34	298	0,2
35-44	865	0,5
45-54	1804	1,1
55-64	2425	1,7
65-74	2119	1,8
>=75	1081	0,9
BMI		
SOTTOPESO	33	0,2
NORMOPESO	1025	0,5
SOVRAPPESO	2345	1,4
OBESITA' CLASSE I	1893	2,7
OBESITA' CLASSE II	877	4,6
OBESITA' CLASSE III	529	7,6
TOTALE	8675	0,9

Tabella 4.2.2a

Prevalenza (%) di apnee ostruttive notturne al 2013 nella popolazione attiva del campione dei 700 medici Health Search. Distribuzione per genere, età e BMI.

**Figura 4.2.2a**

Prevalenza d'uso (%) al 2013 di polisonnografia e/o test polisonnografico tra i soggetti affetti da apnee ostruttive notturne. Dati stratificati per genere.

Il parere del medico di medicina generale

Il MMG si trova in una posizione ideale per riconoscere i pazienti con sospetto di OSAS, ma molti medici hanno ancora scarsa familiarità con tale condizione. Di conseguenza i casi diagnosticati sono ancora molto inferiori rispetto alla prevalenza attesa. Non di rado la malattia è diagnosticata solo dopo un incidente stradale conseguente a un colpo di sonno. Il lento e progressivo instaurarsi di tale condizione e la mancata o scarsa considerazione di sintomi quali il russamento, le apnee notturne o la sonnolenza diurna, inducono il paziente a sottostimare la propria condizione, non contribuendo così all'individuazione della patologia da parte del medico curante. Di norma i sintomi sono in prima battuta riscontrati e riferiti al medico dal convivente, che può osservare risvegli con sensazione di soffocamento (choking), sonno agitato con numerosi movimenti, poliuria. Più raramente è il paziente che riferisce di dormire poco e male, cefalea, secchezza delle fauci e sensazione di sonno non riposante, astenia, tendenza alla depressione, disturbi della memoria, difficoltà di concentrazione, irritabilità, perdita di interessi, riduzione della libido, modificazioni delle abitudini di vita con compromissione della vita di relazione.

In un auspicabile contesto di medicina generale "proattiva" la ricerca dei pazienti a rischio per OSAS deve muovere dalla considerazione che l'età più a rischio si colloca tra i 40 e i 65 anni, che i maschi sono più a rischio delle femmine, che l'obesità rappresenta il più importante fattore di rischio, che la presenza d'ipertensione non controllata dalla terapia farmacologica in un soggetto russatore costituisce un'ulteriore elemento di sospetto e che spesso l'OSAS è concomitante alla BPCO, alle malattie cardio-cerebrovascolari, alla fibrillazione atriale e allo scompenso cardiaco.

In caso di sospetto di OSAS, il MMG deve inviare il paziente presso un centro di medicina del sonno per la conferma diagnostica mediante polisonnografia ed eventuali altri accertamenti. Secondo le linee guida di procedura diagnostica dell'OSAS nell'adulto, emanate dall'Associazione Italiana di Medicina del Sonno (AIMS) e dall'Associazione Italiana degli Pneumologi Ospedalieri (AIPO), prima di avviare un paziente con sospetto di OSAS al percorso diagnostico strumentale devono essere ricercati i seguenti sintomi e segni:

- indice di massa corporea $>29 \text{ kg/m}^2$;
- circonferenza del collo $>43 \text{ cm}$ nei maschi e $>41 \text{ cm}$ nelle femmine;
- eventuali dismorfismi cranio-facciali o anomalie oro-faringee che determinano una riduzione di calibro delle prime vie aeree.

Fondamentale nel trattamento dell'OSAS è la modifica degli stili di vita, obiettivo per il quale il MMG, in collaborazione con altri operatori, può svolgere un ruolo importante. Il trattamento di prima scelta in corso di OSAS è rappresentato dall'applicazione durante il sonno di ventilazione non invasiva a cPAP (acronimo di Continuous Positive Airway Pressure, ventilazione meccanica continua a pressione positiva delle vie aeree). I vantaggi che si possono ottenere dalla terapia con cPAP sono evidenti nonostante alcuni pazienti mostrino difficoltà ad accettarla, specie per il trattamento a lungo termine, trovando l'applicazione della maschera durante il sonno troppo fastidiosa.

Il MMG, insieme agli altri operatori, deve offrire un regolare supporto educativo al paziente ed alla famiglia, contribuendo a rimuovere gli ostacoli (es. decubiti da maschera) all'accettazione della cPAP.

A cura del Dott. Germano Bettoncelli

4.2.3 Le cefalee nella medicina generale italiana: prevalenza di malattia e percorsi diagnostico – terapeutici

INTRODUZIONE

Con quale frequenza il problema “mal di testa” viene riferito dai pazienti o indagato dai MMG durante le consultazioni? Al riguardo i dati della Medicina Generale (Health Search) riferiti agli anni 2001 e 2006 indicano una bassa percentuale di registrazione di diagnosi di emicrania e cefalea (rispettivamente 1,4%-1,8% per emicrania; 4,4%-5,8% per cefalea) a fronte di dati di prevalenza di letteratura del 12,7% per l'emicrania e percentuali maggiori anche se notevolmente variabili per la cefalea (83,5% per la cefalea episodica sporadica e al 21,6% per la cefalea episodica frequente).

Che le cefalee siano un problema sottostimato da medici e pazienti è dimostrato dai dati dello studio METEOR (Migraine Epidemiology-Therapy and Economics: an Outcome Research), condotto sulla popolazione di pazienti in carico alla Medicina Generale. In questo studio veniva attivamente indagata la presenza di emicrania in tutti i pazienti che, per vari motivi, afferivano agli ambulatori dei MMG per cinque giorni consecutivi in due settimane mediante la somministrazione di un questionario mirato, coinvolgendo 71.600 pazienti e 900 MMG in tutto il territorio nazionale. Questo lavoro ha confermato che l'emicrania è una patologia sommersa che, se sistematicamente ricercata, raggiunge una prevalenza dell'11,6%, dato che corrisponde a circa 6.522.000 persone che soffrono di questo disturbo, percentuale molto vicina a quella di letteratura.

Nonostante le cefalee primarie non abbiano alcuna influenza sulla aspettativa di vita, le conseguenze per l'individuo e per la società sono considerevoli sia in termini di costi diretti e indiretti (es. perdite di giornate lavorative), sia di ripercussioni negative sulla qualità di vita.

Poiché i pazienti con cefalea spesso si rivolgono al MMG prima di consultare uno specialista, egli rappresenta la figura chiave nella corretta identificazione e gestione dei pazienti con questo disturbo.

Per una buona gestione del paziente affetto da cefalea è fondamentale, innanzitutto, formulare una corretta diagnosi e quindi avere una buona conoscenza dei criteri diagnostici basati sulla classificazione della International Headache Society (IHS). Tale classificazione prevede una struttura di tipo gerarchico in cui tutti i disordini cefalgici vengono distribuiti in gruppi principali (primo livello, es. “Emicrania”), che sono a loro volta suddivisi una, due o tre volte in vari tipi, sottotipi e sottoforme (secondo livello, es. “Emicrania con aura”, terzo livello, es. “Aura tipica con cefalea emicranica”). Il MMG è chiamato in primo luogo a distinguere tra cefalee primarie (forme in cui il mal di testa rappresenta allo stesso tempo il sintomo e la malattia) da quelle secondarie (casi in cui la cefalea è il sintomo di una patologia organica sottostante). Le principali forme di cefalea primaria sono rappresentate dall'emicrania, dalla cefalea di tipo tensivo e dalla cefalea a grappolo. Per le forme primarie, la diagnosi a tutt'oggi è basata prevalentemente sulla raccolta anamnestica dei sintomi e sull'esecuzione dell'esame obiettivo generale e neurologico. Le indagini strumentali, quali la Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) o la Risonanza Magnetica (RM), possono essere invece utili, in presenza di un sospetto concreto, per escludere cause secondarie.

Il trattamento sintomatico e preventivo delle cefalee primarie si avvale dell'impiego di numerosi farmaci le cui modalità d'uso sono definitive in diverse linee guida non sempre

concordi tra loro. E' possibile Suddividere i trattamenti in due categorie: farmaci per il trattamento sintomatico del dolore (assunti durante l'attacco alla scopo di bloccare la sintomatologia) e farmaci preventivi (assunti regolarmente per ridurre la severità e la frequenza degli attacchi). Tra i trattamenti sintomatici si annoverano i farmaci antiinfiammatori (FANS e aspirina), il paracetamolo, i triptani, l'ergotamina e i suoi derivati, gli oppioidi e i glucocorticoidi. Mentre, sono considerati trattamenti profilattici gli antidepressivi (SSRI e triciclici), gli antiepilettici, le benzodiazepine, i beta-bloccanti, i calcio antagonisti, gli ACE-inibitori. Data la diversità di tutte queste categorie terapeutiche (in termini sia di benefici sia di possibili effetti indesiderati), la scelta per un terapia adeguata della cefalea non può prescindere, oltre che dalla frequenza e dalla severità degli attacchi, anche dalle condizioni cliniche del soggetto e dalle sue comorbidità.

Il presente studio, pertanto, ha lo scopo di fornire un dato di prevalenza aggiornato delle cefalee nella medicina generale italiana, con una particolare attenzione alla diversità delle diagnosi eseguita dal MMG e dai percorsi diagnostico-terapeutici da lui attivati.

METODI

Sono stati considerati eleggibili per lo studio i pazienti in carico presso i 700 MMG del network Health Search (HS) "validati" per la qualità del dato registrato, ≥ 14 anni e attivi al 31 dicembre 2013.

A partire da tale popolazione di riferimento, sono stati individuati i soggetti con una diagnosi di cefalea o emicrania. La prevalenza (%) di questi disturbi è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti con diagnosi di cefalea o emicrania (ICD9-CM 784.0x, 346.9x, 307.81, 346.0x e 346.1x);
- **[denominatore]** numero di assistiti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31 dicembre del 2013.

Tra i soggetti affetti da cefalea o emicrania, mediante l'analisi della richiesta di accertamenti, è stata valutata la quota di soggetti per i quali il MMG aveva richiesto una visita neurologica, una TAC encefalo con e senza contrasto e una RM cervello e tronco encefalico:

- **[numeratore]** numero di soggetti con almeno una richiesta di accertamento tra quelli elencati sopra;
- **[denominatore]** numero di soggetti con diagnosi di cefalea (ICD9-CM 784.0x) o emicrania (ICD9-CM 346.9x) al 31 dicembre 2013.

La prevalenza d'uso dei trattamenti farmacologici tra i soggetti affetti da cefalea o emicrania è stata valutata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti con almeno una prescrizione dei seguenti ATC: M01-Antiinfiammatori e Antireumatici, C07-Beta bloccanti, N05BA-Benzodiazepine, N06AB-SSRI, N02BE01-Paracetamolo, N02CC-Triptani, N03AX-Antiepilettici. N06AA-Antidepressivi triciclici e N07CA03-Flunarizina;
- **[denominatore]** numero di soggetti con diagnosi di cefalea (ICD9-CM 784.0x) o emicrania (ICD9-CM 346.9x) al 31 dicembre 2013.

La prevalenza delle diverse comorbidità presenti tra i soggetti affetti da cefalea o emicrania è stata valutata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti con almeno una delle seguenti comorbidità: Iper-tensione arteriosa, Depressione, Insufficienza Renale Cronica (IRC), Diabete mellito tipo 2, Ipotiroidismo, Ictus, Malattie ischemiche del cuore, Demenza, BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), Fibrillazione Atriale (FA) e Scompenso cardiaco;
- **[denominatore]** numero di soggetti con diagnosi di cefalea (ICD9-CM 784.0x) o emicrania (ICD9-CM 346.9x) al 31 dicembre 2013.

RISULTATI

All'interno della popolazione adulta di 893.870 assistiti nel 2013 dei 700 MMG ricercatori HS, la prevalenza di cefalea è stata del 9,3% (82.769 casi), e quella di emicrania del 2,3% (20.370 casi). In pochi altri casi la diagnosi è stata più specifica riportando una prevalenza di 0,9% per la cefalea da tensione (8.223 casi), dello 0,7% per l'emicrania con aurea (5.937 casi) e dello 0,2% per l'emicrania comune (1.594 casi) (**Figura 4.2.3a**).

Dall'analisi degli accertamenti richiesti dal MMG, in presenza di una diagnosi di cefalea o emicrania, è emerso che il 6,2% dei soggetti con emicrania e il 5,7% di quelli con cefalea è stato indirizzato ad una visita neurologica. Mentre, la RM del cervello e del tronco encefalico è stata richiesta nel 2,8% dei pazienti con emicrania e nel 2,3% di quelli con cefalea; la TAC dell'encefalo, invece, è stata prescritta rispettivamente nel 1,4% e nell'1,6% dei casi (**Figura 4.2.3b**).

La prevalenza d'uso dei diversi trattamenti farmacologici mostra che i farmaci maggiormente impiegati in entrambi i disturbi sono gli antinfiammatori (circa il 30% per entrambe le condizioni), seguiti dai beta-bloccanti (circa l'11%), dalle benzodiazepine (circa il 9%) e dagli SSRI (circa l'8%). I triptani, farmaci indicati per il trattamento acuto degli attacchi di emicrania, sono impiegati nel 12,3% dei soggetti con diagnosi di emicrania e nel 3,7% di quelli che soffrono di cefalea. Altri trattamenti farmacologici, prescritti in piccole quote di pazienti con questi disturbi, sono stati il paracetamolo (circa il 4%), gli antiepilettici (circa il 3%), gli antidepressivi triciclici (circa 2-3%) e la flunarizina (meno dell'1%) (**Figura 4.2.3c**).

Infine, lo studio delle comorbidità dei pazienti con una diagnosi di cefalea o emicrania rileva che questi soggetti soffrono spesso di ipertensione arteriosa (27,2% dei soggetti con cefalea e 23,9% di quelli con emicrania) e di depressione (20,0% e 21,3%, rispettivamente). Le altre comorbidità analizzate, invece, sono presenti in meno del 10% della popolazione presa in esame (**Figura 4.2.3d**).

Figura 4.2.3a Prevalenza (%) di Cefalea ed Eemicrania al 2013 nella popolazione attiva del campione dei 700 medici Health Search

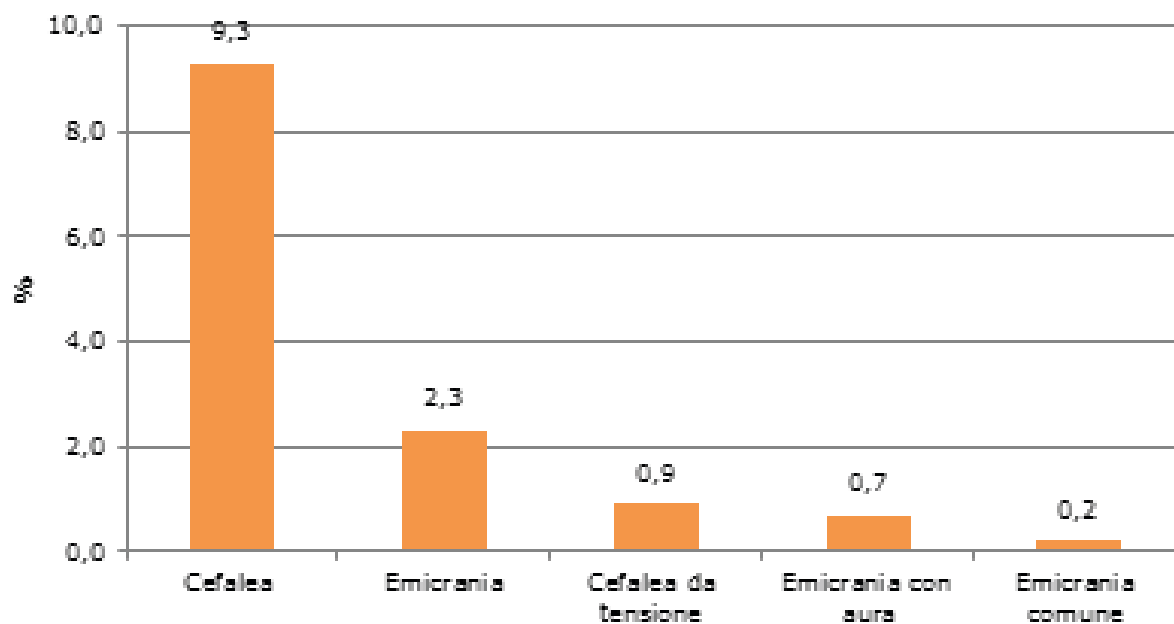


Figura 4.2.3b Prevalenza (%) di accertamenti tra i soggetti affetti da cefalea o emicrania e in carico alla medicina generale nel 2013

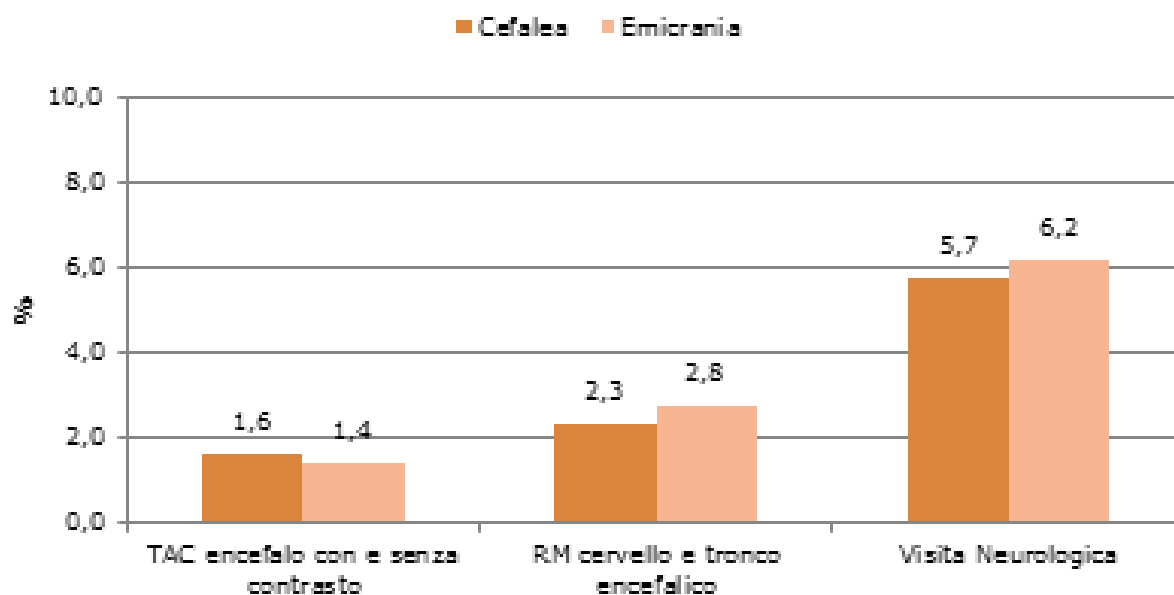


Figura 4.2.3c Prevalenza d'uso (%) dei trattamenti farmacologici prescritti ai soggetti affetti da cefalea o emicrania in carico alla medicina generale nel 2013

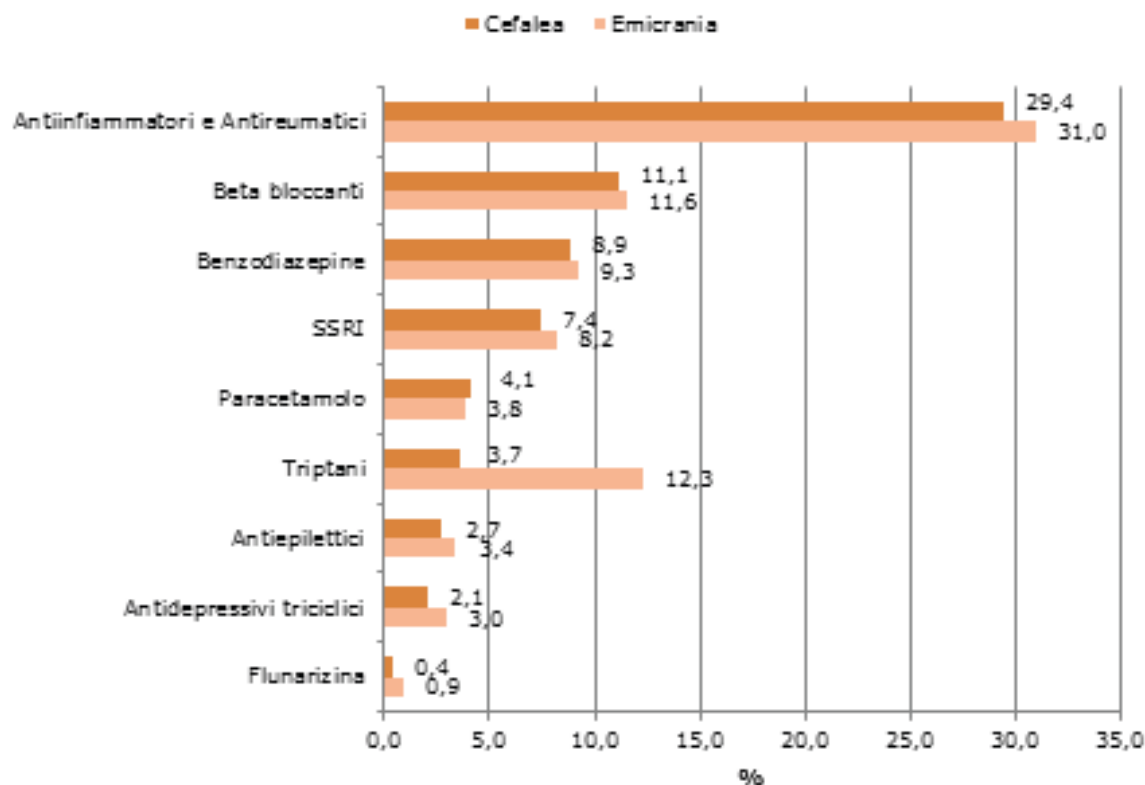
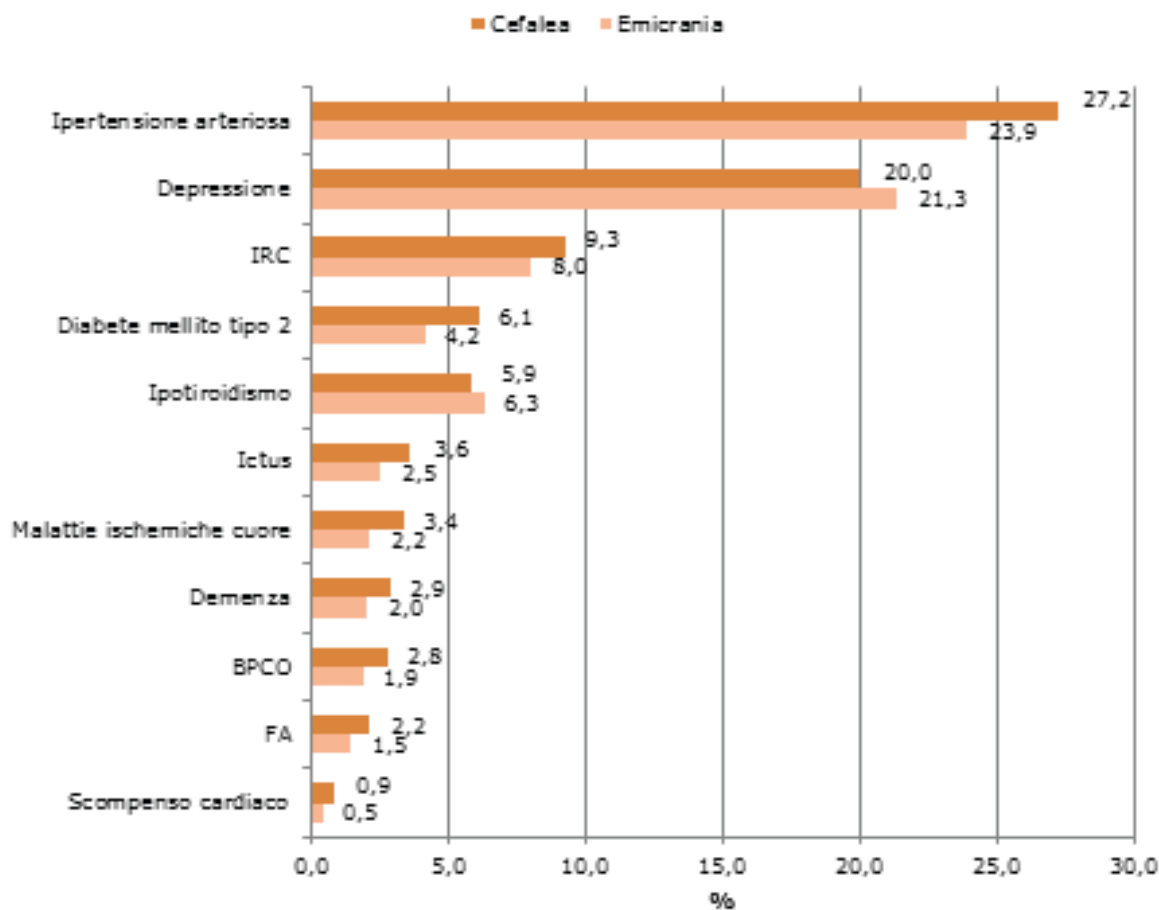


Figura 4.2.3d Prevalenze (%) di comorbidità tra i soggetti affetti da cefalea o emicrania in carico alla medicina generale nel 2013



Il parere del medico di medicina generale

Questo studio conferma la necessità di migliorare la gestione dei pazienti affetti da cefalea nell'ambito della medicina generale e mette in evidenza una serie di aspetti critici, a cominciare dal riconoscimento della patologia.

Infatti, i dati di Health Search, pur indicando un trend in aumento negli anni della registrazione delle diagnosi delle varie forme di cefalea, mettono in evidenza una prevalenza di questi disturbi notevolmente inferiore rispetto a quella indicata dai dati di letteratura. Tra le possibili cause del fenomeno rientrano probabilmente l'insufficiente consapevolezza da parte dei MMG della potenziale rilevante disabilità dei pazienti e delle possibili complicanze a medio-lungo termine (soprattutto la cronicizzazione) conseguenti alla mancata applicazione dei criteri diagnostici e di gestione del problema.

Nell'approccio al paziente cefalalgico il primo compito del medico è di escludere le cefalee secondarie a cause gravi, considerando che, pur essendo le cefalee patologie ad alta frequenza di riscontro, esse sono associate a una bassa incidenza di cause gravi. Se da un lato le lesioni endocraniche (tumori, ESA, infezioni), con i relativi sintomi, devono indurre il MMG a prendere in considerazione la possibilità della presenza di queste patologie, dall'altro altre situazioni cliniche possono presentarsi in modo poco chiaro. Al fine di evitare/ridurre gli errori diagnostici occorre seguire una procedura standard centrata sull'anamnesi strutturata specifica (per i dettagli si veda **Tabella 4.2.3a**) accompagnata da un breve ma completo esame obiettivo.

Tabella 4.2.3a Sintomi di allarme di cefalee secondarie e cause gravi

Insorgenza > 40 anni
Esordio improvviso
Peggior mal di testa mai provato
Improvviso e sostanziale aumento della frequenza degli attacchi
Improvviso cambiamento delle caratteristiche della cefalea
Associazione con sforzo fisico (colpi di tosse, starnuti)
Durata dell'aura molto breve (< 5 min)
Cefalea di recente insorgenza in pazienti con patologia neoplastica o HIV

I primi tre sintomi quando presenti insieme nello stesso paziente sono molto suggestivi della presenza di causa grave

Un ulteriore aspetto critico è rappresentato dai trattamenti farmacologici con prescrizioni inappropriate di alcune classi di farmaci. A questo proposito occorre sottolineare alcune incongruenze delle indicazioni dei farmaci usati nella terapia di attacco e profilassi delle varie forme di cefalea. Nella terapia di attacco dell'emicrania, infatti, da un lato i farmaci a base di ergotamina e caffeina sono prescrittibili anche ai bambini tra 6 e 12 anni, i triptani, più selettivi e meno problematici rispetto all'ergotamina, non sono prescrittibili a pazienti

di età inferiore a 18 anni e superiore a 65 (ad eccezione del sumatriptan spray nasale prescrivibile dopo i 12 anni). Inoltre, le associazioni di ergotamina, caffeina, aminofenazone rientrano tra i prodotti da banco incoraggiando così l'automedicazione con possibili rischi conseguenti quali abuso, sviluppo di cefalee da farmaci ma, soprattutto, cronicizzazione della cefalea.

Secondo le Linee Guida italiane, i farmaci inseriti nel gruppo A di raccomandazione per la profilassi dell'emicrania sono: atenololo, propranololo, amitriptilina, flunarizina, valproato di sodio. Amitriptilina e propranololo hanno l'indicazione per l'emicrania e sono in fascia A, flunarizina ha l'indicazione per l'emicrania ma è in fascia C, atenololo e valproato di sodio sono in fascia A ma non hanno l'indicazione per l'emicrania.

Anche riguardo ai tempi di somministrazione della terapia di profilassi i problemi non mancano, perché le indicazioni non sono uniformi: 3 mesi, 6 mesi, 1 anno? A cicli con periodicità variabile? Tempi di terapia correlati al tipo di farmaco? Al riguardo non esistono dati in letteratura e i trial clinici valutano la risposta terapeutica fino a 3-4 mesi e non nel medio-lungo termine. Inoltre, nelle Linee Guida c'è accordo sulla necessità di attendere fino a 3 mesi per valutare l'efficacia della terapia ma anche disomogeneità sulla durata del trattamento.

Strettamente correlate alle scelte terapeutiche sono le situazioni di comorbidità che implicano, il più delle volte, trattamenti farmacologici multipli nello stesso paziente con possibilità d'interazioni farmacologiche in grado di influire negativamente sulle varie patologie.

Oltre al miglioramento delle conoscenze specifiche, per una gestione più appropriata dei pazienti cefalalgici possono essere importanti alcuni spunti aggiuntivi:

- legittimare il problema cefalea come una malattia fisica che va seguita nel tempo ("la cefalea è come l'asma, l'ipertensione") per ottenere la fiducia del paziente;
- chiarire che non in tutti i casi la terapia preventiva è efficace nel lungo termine (circa nel 50%);
- avere un obiettivo terapeutico realistico da spiegare al paziente (migliorare la cefalea);
- considerare le comorbidità nella scelta della terapia di profilassi, in particolare in presenza di ansia, depressione, insonnia, reflusso gastroesofageo, ipertensione, asma, allergie e/o intolleranze farmacologiche;
- considerare che aumento di peso e astenia nei pazienti che assumono farmaci per la profilassi degli attacchi, rappresentano le cause più frequenti di abbandoni terapeutici.

Infine, considerando i ruoli e i compiti specifici nell'approccio clinico al paziente con cefalea, è auspicabile che le cefalee più frequenti con sintomatologia tipica (emicrania e cefalea di tipo tensivo in primis) vengano gestite direttamente nell'ambito della medicina generale. Oltre questo livello il MMG, senza rigidità di ruoli, potrà decidere per la gestione diretta di altre forme di cefalea oppure per la gestione integrata con lo specialista.

A cura del Dott. Francesco Mazzoleni

4.2.4 Impatto epidemiologico della Pancreatite Cronica e del Carcinoma Pancreatico nella Medicina Generale Italiana

INTRODUZIONE

La pancreatite cronica è un processo infiammatorio persistente del pancreas caratterizzato da una progressiva sostituzione fibrotica del tessuto ghiandolare pancreatico con comparsa nel tempo d'insufficienza esocrina ed endocrina. Tale patologia ha un pesante impatto sulla qualità della vita del soggetto e, nel lungo periodo, può determinare conseguenze anche letali come il carcinoma pancreatico. La pancreatite cronica è dovuta più frequentemente all'alcolismo e a cause idiopatiche; mentre, cause meno frequenti sono la pancreatite ereditaria, l'iperparatiroidismo e l'ostruzione del dotto pancreatico principale (a seguito di stenosi, calcolo o carcinoma). Il primo segno è rappresentato da un importante dolore epigastrico, che può durare per varie ore o per diversi giorni e presentarsi in maniera ricorrente. Tale dolore addominale tende a scomparire e, successivamente, il paziente sviluppa steatorrea (feci grasse ad aspetto oleoso) e creatorrea (perdita di proteina con le feci). Gli esami di laboratorio, inclusi amilasi, lipasi e marker dell'infiammazione (come la conta dei globuli bianchi) spesso risultano normali o solo lievemente alterati. Mentre, le alterazioni strutturali tipiche di questa patologia possono essere visualizzate tramite tecniche per immagine (rx, ecografia, TC-Tomografia Computerizzata, CPRE-Colangio Pancreatografia Retrograda Endoscopica) che, però, possono risultare comunque normali nei primi anni della malattia rendendo complessa una diagnosi precoce. La pancreatite cronica è tra i principali fattori di rischio per lo sviluppo di carcinoma del pancreas. Si tratta di una delle neoplasie a prognosi più sfavorevole (solo il 7% degli uomini e il 9% delle donne sono vivi a 5 anni), e rappresenta la quinta causa di morte per cancro in Italia. L'andamento temporale dell'incidenza di questa neoplasia è in crescita significativa, in particolare nelle donne. Oltre alla pancreatite cronica, altri fattori di rischio per questo tumore sono il fumo (anche passivo), la scarsa attività fisica, una dieta ricca di grassi saturi, l'alcol e il diabete mellito. Ad oggi non esistono metodi per la diagnosi precoce del carcinoma del pancreas: la malattia è di solito per lungo tempo asintomatica e solamente il 7% dei casi sono diagnosticati in stadio iniziale. Le caratteristiche cliniche del cancro del pancreas spesso dipendono dalla localizzazione delle lesioni e includono: ittero (a cui si associa il prurito), feci acoliche, nausea e vomito, calo ponderale, vago dolore addominale o alla schiena. Allo stadio iniziale della malattia non sono presenti segni obiettivi, mentre in un secondo tempo, si possono notare una tumefazione epigastrica, una linfadenopatia sopraclavicolare, un'epatomegalia o una colecisti ingrandita e palpabile. La diagnosi precoce, quando il tumore è ancora resecabile, è rara e si verifica solo nei pazienti con un cancro della testa del pancreas che presentano precocemente l'ittero. Uno degli aspetti poco chiari della pancreatite cronica e del carcinoma pancreatico è rappresentato dalla loro epidemiologia, in quanto sono presenti diverse problematiche connesse alla loro diagnosi. Per la pancreatite cronica, ad esempio, la diagnosi richiede un lungo periodo di monitoraggio; inoltre l'elevata variabilità nella gravità della malattia e nella sua eventuale evoluzione in carcinoma non rendono agevole il reperimento delle informazioni sulla loro epidemiologia. Per questi motivi i dati di prevalenza di queste patologie disponibili in letteratura sono molto variabili e dipendono fortemente dalla fonte di dati impiegata per ricavarli. Infatti, mentre per la stima della patologia con eventi acuti i dati di accesso ospedaliero possono tornare utili, per i disturbi cronici, come la pancreatite cronica, sono necessarie fonti di dati della medicina generale, come il database Health Search (HS), che ha in carico i soggetti affetti da tali patologie.

L'obiettivo del presente studio è, pertanto, valutare l'impatto epidemiologico della pancreatite cronica e del carcinoma pancreatico all'interno della Medicina Generale Italiana.

METODI

Sono stati considerati eleggibili i pazienti in carico presso gli 800 MMG del network HS, "validati" per la qualità del dato registrato. Tali soggetti dovevano avere un'età ≥ 14 anni e dovevano essere attivi nel database HS al 31 dicembre dei seguenti anni in studio: 2010, 2011, 2012 e 2013. A partire dalla popolazione di riferimento di ogni anno, mediante l'individuazione di specifici codici ICD9CM, sono state calcolate le prevalenze (x1000) di pancreatite cronica e di carcinoma pancreatico nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di individui con diagnosi di pancreatite cronica (ICD9CM: 577.1*) e numero di individui con diagnosi di carcinoma pancreatico (ICD9CM: 157.9*);
- **[denominatore]** numero di individui presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31 dicembre dei seguenti anni: 2010, 2011, 2012, 2013.

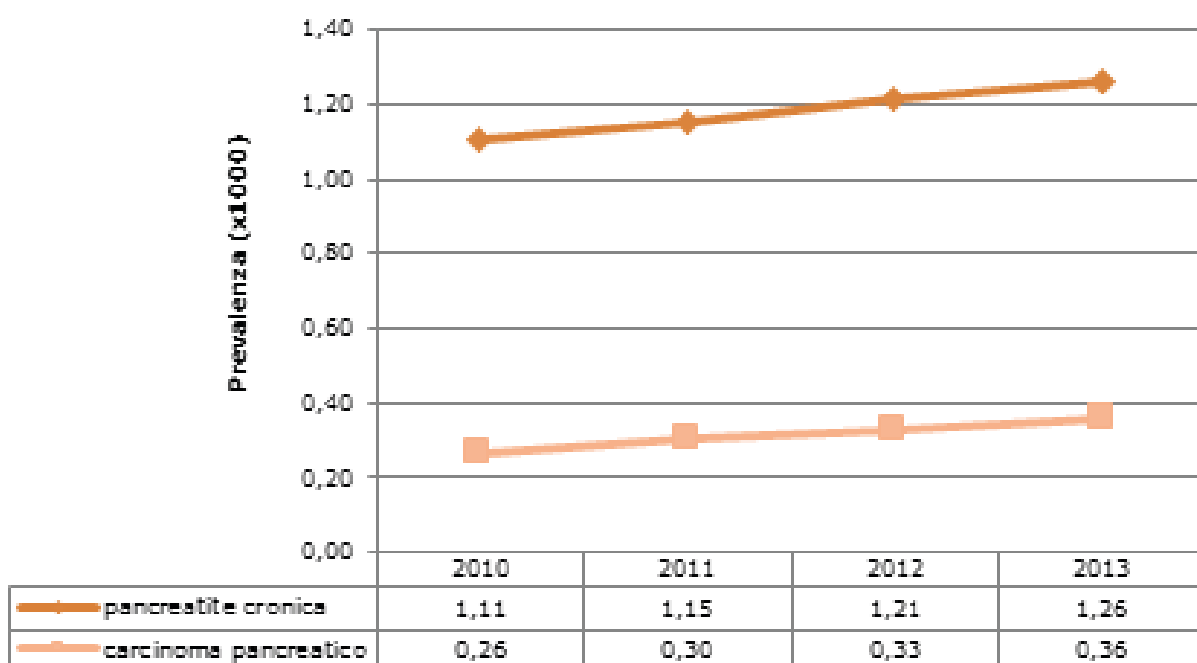
Le analisi sono state stratificate per genere ed età in ciascun anno (in questo lavoro, sono stati presentanti i dati così stratificati per il solo 2013).

RISULTATI

A partire dalla popolazione attiva di oltre 1.000.000 di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS, nel periodo 2010-2013, sono stati identificati i pazienti con una diagnosi di pancreatite cronica e di carcinoma pancreatico. La prevalenza di pancreatite cronica è aumentata dall'1,11‰ nel 2010 all'1,26‰ nel 2013. Anche il carcinoma pancreatico ha fatto registrare un aumento, andando dallo 0,26‰ del 2010 allo 0,36‰ nel 2013 (**Figura 4.2.4a**). La prevalenza di pancreatite cronica è risultata maggiore negli uomini rispetto alle donne (1,35‰ vs. 1,18‰) e di gran lunga superiore nella fascia d'età più avanzata, fino ad arrivare a 3,37‰ negli ultra 85enni. Inoltre, negli uomini la fascia d'età con la prevalenza più levata è stata quella tra i 75 e gli 84 anni (3,46‰); mentre, per le donne quella oltre gli 85 anni (3,41‰) (**Tabella 4.2.4a**).

Per quanto riguarda il carcinoma pancreatico, non è stata riscontrata una prevalenza differente tra maschi e femmine nel 2013 (0,36‰), inoltre si osserva un aumento della prevalenza all'aumentare dell'età fino a raggiungere 1,20‰ tra i soggetti con 75-84 anni. Tra gli uomini la fascia d'età con la prevalenza più levata è stata quella degli ultra 85enni (1,36‰); mentre, per le donne quella tra 74 e 85 anni (1,11‰) (**Tabella 4.2.4b**).

Figura 4.2.4a Andamento (2010-2013) della prevalenza (x1000) di pancreatite acuta e di carcinoma pancreatico nella popolazione attiva del campione dei 800 medici Health Search.



Fasce d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	x1000	N	x1000	N	x1000
15-24	4	0,07	8	0,16	12	0,11
25-34	6	0,08	11	0,15	17	0,12
35-44	48	0,52	32	0,34	80	0,43
45-54	96	1,00	71	0,71	167	0,85
55-64	161	2,06	106	1,30	267	1,67
65-74	198	3,05	167	2,36	365	2,69
75-84	139	3,46	166	2,93	305	3,15
>=85	41	3,29	91	3,41	132	3,37
Totale	693	1,35	652	1,18	1345	1,26

Tabella 4.2.4a

Prevalenza (x1000) di pancreatite cronica al 31/12/2013 nella popolazione attiva del campione dei 800 medici Health Search. Distribuzione per sesso e fasce d'età.

Fasce d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	x1000	N	x1000	N	x1000
15-24	1	0,02	1	0,02	2	0,02
25-34	0	0,00	1	0,01	1	0,01
35-44	5	0,05	5	0,05	10	0,05
45-54	14	0,15	22	0,22	36	0,18
55-64	36	0,46	28	0,34	64	0,40
65-74	58	0,89	51	0,72	109	0,80
75-84	53	1,32	63	1,11	116	1,20
>=85	17	1,36	27	1,01	44	1,12
Totale	184	0,36	198	0,36	382	0,36

Tabella 4.2.4b

Prevalenza (x1000) di carcinoma pancreatico al 31/12/2013 nella popolazione attiva del campione dei 800 medici Health Search. Distribuzione per sesso e fasce d'età

Il parere del medico di medicina generale

Pur in presenza di un trend in aumento per quanto riguarda incidenza e prevalenza del k pancreatico e della pancreatite cronica, la ricaduta in termini di impegno lavorativo per il singolo medico di Medicina Generale parrebbe complessivamente modesta. Uno spunto interessante collegato alla patologia pancreatica potrebbe essere per il medico di Medicina Generale estendere il suo interesse alla ricerca dell'insufficienza pancreatica esocrina, presente in alcune fasce di età o in alcune patologie, determinabile con il dosaggio di un enzima detto elastasi -1 fecale (E1), proteasi pancreas-specifica prodotta dalle cellule acinari del pancreas. Secondo alcuni studi l'elastasi fecale risulta alterata, in percentuali variabili, in patologie sia pancreatiche che extrapancreatiche come: Pancreatite cronica 43% (Loser), Fibrosi cistica 87% (Wallis), Diabete mellito 35-57% (Hardt), Osteoporosi 34% (Teichmann), Crohn 14% (Maconi), Colite ulcerosa 29% (Maconi) e Insufficienza Renale Cronica 48% (Ventucci). Secondo quanto emerso dagli studi citati si possono individuare più pazienti dove sospettare una insufficienza pancreatica esocrina, eventualmente da trattare con un supporto enzimatico, e per i quali avviare un follow up più stretto. In conclusione:

- la patologia neoplastica e flogistica cronica del pancreas, pur manifestando trend in aumento, comporta scarso aggravio di lavoro per il singolo medico di medicina generale;
- la possibilità di una insufficienza pancreatica esocrina è spesso misconosciuta in fasce di età o di patologie extrapancreatiche;
- un test di facile applicabilità è a disposizione del medico di medicina generale qualora si sospetti una insufficienza pancreatica esocrina.

A cura dei Dott. D.M Massignani, E. Ioverno e G. Ragazzi

4.2.5 Impatto epidemiologico delle malattie reumatiche e osteoarticolari nella medicina generale

INTRODUZIONE

Le malattie reumatiche e osteoarticolari rientrano tra le malattie degenerative con tipologie ed eziopatologie eteromorphe. Infatti, esse possono prevedere un interessamento articolare, peri-articolare e dei tessuti molli e inoltre possono avere una natura flogistica, degenerativa e immunitaria, con manifestazioni cliniche di collagenosi, reumatismi, condizioni dismetaboliche delle ossa, ecc..

Secondo l'OMS, le malattie reumatiche sono la prima causa di dolore e di disabilità in Europa e, da sole, rappresentano la metà delle patologie croniche che possono indurre disabilità correlata e maggior rischio cardio-vascolare, soprattutto nella popolazione di età >65 anni.

La prevalenza delle malattie reumatiche è in crescita in Italia e, oltre ai disagi e alle disabilità per chi ne è colpito, comportano aumento dei costi sanitari diretti e indiretti. Solo per l'artrite reumatoide, uno studio realizzato nel 2010 dall'Università Cattolica di Roma ha stimato i costi complessivi in 3,2 miliardi di euro per il 2009. Il loro peso sul prodotto interno lordo è pari a circa lo 0,2%. Dai dati che emergono dal primo censimento ufficiale delle malattie reumatiche, promosso dall'Associazione malati reumatici Emilia Romagna (Amrer) e misurato in base ai codici di esenzione di sette patologie tra le più gravi e invalidanti, emerge che sono esattamente 371.586 i pazienti esentati in 150 AUSL distribuite nelle singole regioni, pari allo 0,6% della popolazione italiana. Il 68% di questi pazienti è donna e oltre la metà del campione censito è in età lavorativa, ossia tra i 45 e i 65 anni.

Secondo l'Indagine Multiscopo Istat 2010, artrite/artrosi colpiscono il 17,3% della popolazione, mentre l'osteoporosi il 7,3%. Questi dati confermano l'aumento di prevalenza delle principali malattie reumatiche in entrambi i sessi; l'analisi per genere ne evidenzia una prevalenza maggiore nelle donne rispetto agli uomini (22,1% di artrite/artrosi nelle donne vs 12,1% negli uomini). Tale differenza è ancora più marcata se si considera l'osteoporosi (12,0% nelle donne vs 1,7% negli uomini). La distribuzione regionale mostra una prevalenza più elevata in Umbria, Basilicata, Sardegna e Abruzzo (>20%), mentre i valori più bassi si riscontrano nelle Province Autonome di Trento e Bolzano.

L'epidemiologia di queste condizioni evidenzia la rilevanza di tali patologie per la medicina generale che deve farsene carico direttamente o in share management con lo specialista. L'obiettivo del presente studio è, pertanto, quello di fornire la prevalenza puntuale delle diverse malattie reumatiche e osteoarticolari in Italia.

METODI

Sono stati considerati eleggibili i pazienti in carico presso gli 800 MMG del network HS, "validati" per la qualità del dato registrato. Tali soggetti dovevano avere un'età ≥ 14 anni e dovevano essere attivi nel database HS al 31 dicembre del 2013.

A partire da questa popolazione di riferimento, mediante l'individuazione di specifici codici ICD9CM, sono state calcolate le prevalenze (%) delle seguenti patologie reumatiche e osteoarticolari: Gotta (ICD9CM: 274*), Poliartrite (390*), Poliartrite nodosa (446*), Lupus eritematoso (695.4*), Psoriasi e affezioni similari (696*), Lupus eritematoso sistemico

(710.0*), Sclerodermia (710.1*), Sindrome di Sjogren (710.2*), Polimiosite con interessamento cutaneo, dermatomiosite (710.3*), Polimiosite (710.4*), Malattie del collagene (710.9*), Artrite reumatoide e altre poliartropatie infiammatorie (714*), Artrosi (715*), Altre artropatie non specificate (716*), Artrite (716.9*), Polimialgia reumatica (725*), Periartrite (726*), Fibromialgia (729.0*), Osteoporosi (733*).

Per ogni patologia sopraelencata la prevalenza è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratori]** numero di individui con una data diagnosi tra quelle sopraelencate;
- **[denominatore]** numero di individui >14 anni, presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31 dicembre del 2013.

Le analisi sono state stratificate per genere ed età, nonché per distribuzione geografica.

RISULTATI

A partire dalla popolazione attiva di 1.064.565 assistiti degli 800 MMG ricercatori HS, al 31 dicembre 2013, sono stati identificati i pazienti con una diagnosi di malattia reumatica od osteoarticolare. Le patologie a più alta prevalenza sono state la periartrite (20,85%), l'artrosi (18,11%) e l'osteoporosi (9,79%). Tra le patologie con una prevalenza tra il 5% e l'1% si ritrovano: la psoriasi che ha interessato il 4,54% della popolazione, seguita da artropatie non specificate (3,05%), dall'artrite (2,25%), dalla gotta (1,11%), dalla fibromialgia (1,10%) e dall'artrite reumatoide (1,03%). Patologie con una prevalenza inferiore all'1% sono state: la polimialgia reumatica (0,59%), la sindrome di Sjogren (0,20%), le malattie del collagene (0,12%), il lupus eritematoso sistemico (0,09%), la sclerodermia e la poliartrite nodosa (entrambe 0,07%), il lupus eritematoso (0,06%) e la poliomiosite (0,01%) (**Figura 4.2.5a**).

In tutte le patologie analizzate, con la sola eccezione della gotta e della psoriasi, la prevalenza nel sesso femminile è molto più elevata di quella del sesso maschile. In particolare, tale differenza è molto marcata per l'osteoporosi e per la sindrome di Sjogren, dove il rapporto F:M è 9:1. Tale rapporto è all'incirca 5:1 per le malattie del collagene, per il lupus eritematoso sistemico e per la sclerodermia. Altre patologie, invece, presentano un rapporto F:M di circa 2:1, come l'artrite reumatoide, la polimialgia reumatica e la poliartrite. Come già riportato, il rapporto F:M si inverte solo nel caso della gotta, dove è pari a 1:3. Mentre, per le restanti condizioni studiate è all'incirca 1:1.

La distribuzione per fasce d'età della patologia a più alta prevalenza tra quelle studiate, ossia la periartrite, mostra come questa interessa maggiormente la popolazione più anziana, raggiungendo una prevalenza di 32,57% nella fascia 65-74 anni. Inoltre, è possibile osservare un gradiente geografico con stime di prevalenza più elevate nelle regioni del Centro-Nord e stime inferiori nel Sud e nelle Isole (**Tabella 4.2.5a**). Com'è prevedibile, sia la distribuzione per fascia d'età, sia quella per area geografica, differiscono molto in funzione della patologia presa in esame.

Figura 4.2.5a Prevalenza (%) delle malattie reumatiche e osteoarticolari nella popolazione attiva al 31 dicembre 2013 del campione degli 800 medici Health Search. Distribuzione per genere.

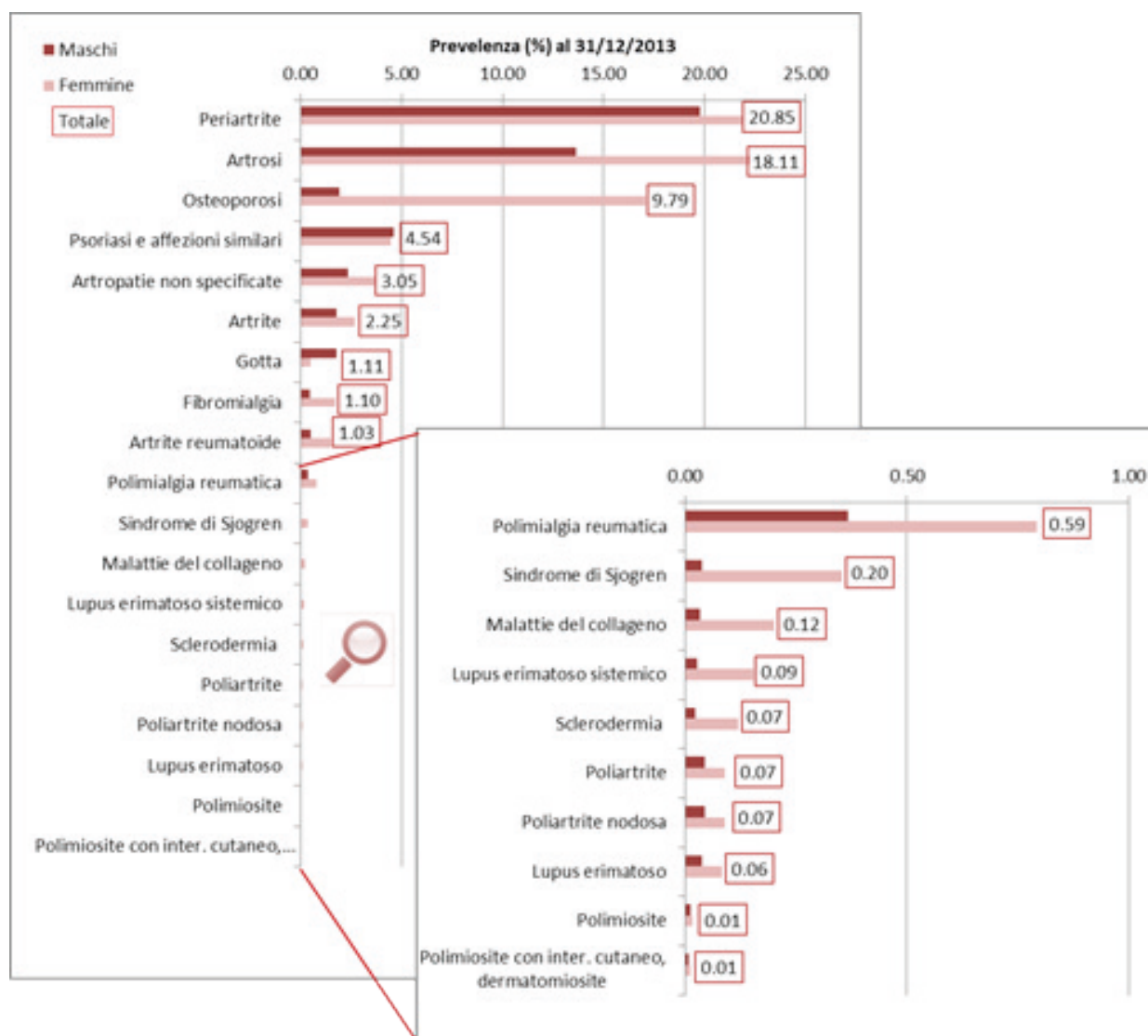


Tabella 4.2.5a Prevalenza (%) di Periartrite al 31/12/2013 nella popolazione attiva del campione dei 800 medici Health Search. Distribuzione per sesso, fasce d'età e area geografica

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Fasce d'età						
15-24	3084	5,48	2378	4,63	5462	5,08
25-34	6916	9,69	5645	7,93	12561	8,81
35-44	13069	14,12	12688	13,44	25757	13,78
45-54	21650	22,47	25610	25,62	47260	24,07
55-64	22438	28,69	26796	32,97	49234	30,87
65-74	19931	30,70	24220	34,20	44151	32,53
75-84	11601	28,91	17664	31,23	29265	30,27
>=85	2638	21,18	5635	21,12	8273	21,14
Area geografica						
Piemonte/Aosta	7179	20,73	8242	22,28	15421	21,53
Liguria	3117	19,33	3924	21,92	7041	20,69
Lombardia	18783	21,82	21210	23,75	39993	22,80
Trentino/FVG	7378	25,39	9097	28,52	16475	27,03
Veneto	9258	23,45	11229	26,66	20487	25,11
Emilia Romagna	7092	25,65	9007	28,70	16099	27,27
Toscana	6313	23,53	7579	26,61	13892	25,12
Umbria	3132	20,15	3713	21,84	6845	21,03
Marche	2806	22,99	2910	22,94	5716	22,96
Lazio	5337	13,28	6641	14,81	11978	14,09
Abruzzo/Molise	3595	21,38	4416	23,97	8011	22,73
Campania	7340	15,38	9324	17,72	16664	16,61
Puglia	6780	17,37	7734	18,77	14514	18,09
Basilicata/Calabria	4114	18,14	4796	20,10	8910	19,14
Sicilia	7095	15,47	8366	16,68	15461	16,10
Sardegna	2008	16,26	2448	18,21	4456	17,28
TOTALE	101327	19,78	120636	21,84	221963	20,85

Il parere del medico di medicina generale

Dal presente studio si evince con chiarezza che le patologie reumatiche e osteoarticolari costituiscono una parte rilevante dei quadri di malattia in carico alla medicina generale. Inoltre, la maggior parte delle patologie osteoarticolari e reumatiche interessa la popolazione anziana, spesso affetta da diverse altre comorbidità e in trattamento con diverse terapie. L'alta prevalenza della periartrite che nella fascia d'età 65-74 anni è del 32,57% potrebbe comprendere anche le entesopatie che, specie quelle delle spalle, sono abbastanza frequenti nella popolazione anziana come patologia da usura cronica. Si pone per alcune condizioni, con sintomatologia che può afferire a patologie diverse, la problematica della corretta diagnosi.

Le patologie analizzate, tuttavia, sono molto differenti tra loro e richiedono, pertanto, una gestione diversificata del paziente in termini di esami laboratoristici, visite specialistiche e trattamenti farmacologici e non farmacologici. Sarebbe auspicabile una presa in carico di questi pazienti attraverso la costituzione di Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (Pdta) che mettano in rete funzionale i medici di medicina generale, i reumatologi territoriali, i reumatologi afferenti ai centri specialistici e i servizi socio-assistenziali, per interventi ottimali mirati alla corretta diagnosi, alle terapie, al recupero funzionale dell'individuo e al suo reinserimento nella vita socio-relazionale e lavorativa. Tale strategia consentirebbe un adeguato trattamento dei pazienti affetti da malattie reumatiche e osteoarticolari e, contemporaneamente, una più corretta allocazione delle risorse sanitarie.

A cura dei Dott. Salvatore Campo e Giuseppe Mastrosimone

4.2.6 Incidenza e percorsi diagnostico-terapeutici della dismenorrea nella popolazione in carico alla medicina generale

INTRODUZIONE

La dismenorrea, definita come dolore sovra-pubico crampiforme che si manifesta alcune ore dopo l'inizio del sanguinamento mestruale, è il più comune disturbo ginecologico tra le donne di tutte le età ed etnie. In assenza di anomalie anatomiche della pelvi si parla di dismenorrea primaria, mentre quando il disturbo è dovuto a patologie pelviche, come ad esempio l'endometriosi o i fibromi, si definisce dismenorrea secondaria. Oltre ai dolori crampiformi, che dal pube possono irradiarsi anche alla schiena e lungo le cosce, possono verificarsi anche sintomi sistemici come nausea, vomito, diarrea, stipsi, emicrania, astenia ed episodi di svenimento.

Secondo le linee guida internazionali il medico, in presenza di una possibile diagnosi di dismenorrea, dovrebbe porre particolare attenzione alla valutazione anamnestica del ciclo mestruale (donne con menarca precoce, cicli mestruali lunghi e sanguinamento abbondante sono più soggette a dismenorrea primaria), alla tipologia e localizzazione del dolore riferito dalla donna, alla sua vita sessuale, alla presenza di una storia familiare di endometriosi e, soprattutto, al grado di disabilità che il disturbo comporta nel vissuto quotidiano della donna. Il medico di famiglia non dovrà considerare il disturbo come "normale", dovrà escludere cause secondarie e procedere alla visita quanto meno con una palpazione

addominale. La visita ginecologica dovrebbe essere raccomandata soltanto nelle donne che hanno intrapreso attività sessuale. L'indagine ecografica andrebbe riservata nel caso di dolore persistenti, di non lieve entità e refrattari al trattamento farmacologico, in cui il medico sospetti la presenza di anomalie anatomiche. Mentre, le valutazioni isteroscopiche e laparoscopiche sono da rimandare fino a quando non vi sia il forte sospetto di dismenorrea secondaria, ed in genere vengono consigliate dallo specialista.

Gli approcci terapeutici prevedono sia terapie non farmacologiche (esercizio fisico, agopuntura e Stimolazione Transcutanea Elettrica dei Nervi – TENS), sia farmaci e integratori alimentari. Tra i farmaci a disposizione del medico rivestono un ruolo importante i FANS che, limitando la sintesi di prostaglandine, espletano un effetto analgesico e tocolitico (normalizzando le contrazioni uterine su livelli fisiologici). L'utilità di questa classe di farmaci nel trattamento dei sintomi della dismenorrea è stata confermata da una revisione Cochrane, recentemente aggiornata, che ha concluso che questi farmaci rappresentano un valido trattamento per la dismenorrea. Un'altra strategia terapeutica è rappresentata dai contraccettivi orali (preferibilmente estroprogestinici) che, oltre a ridurre il flusso mestruale, diminuiscono le prostaglandine in esso contenute. Come riportato da una revisione Cochrane, le evidenze a supporto dell'efficacia clinica di questa strategia non si possono ancora considerare conclusive. Infine, altre terapie a disposizione nell'armamentario del MMG, anche se non frequentemente usate, sono i farmaci calcio antagonisti (per il loro effetto tocolitico) e gli integratori a base di vitamina B6 e magnesio: anche in questo caso le evidenze a sostegno di questi trattamenti sono deboli.

Secondo i dati riportati in letteratura, la dismenorrea primaria interessa dal 60% fino al 90% delle donne. La prevalenza di questo disturbo si concentra nelle donne di età compresa fra i 14 e i 24 anni, e decresce progressivamente dopo i 25 anni.

Mentre diversi studi presentano il dato di prevalenza, sono pochi gli studi che forniscono i tassi di incidenza, utili per comprendere l'andamento di questa patologia e per stimare la presa in carico di nuovi pazienti per il MMG. Il presente studio ha, pertanto, lo scopo di valutare l'incidenza della dismenorrea nella popolazione di donne in carico presso i MMG aderenti al network Health Search (HS) e valutare i percorsi diagnostico e terapeutici che i MMG mettono in atto.

METODI

Sono state considerate eleggibili le donne in carico agli 800 MMG del network HS, "validati" per la qualità del dato registrato. Tali pazienti dovevano avere un'età >14 anni e dovevano essere attivi nel database HS al 1° gennaio del 2013. Da questa popolazione di riferimento, sono state identificate le donne con una prima diagnosi di dismenorrea, identificata mediante il codice ICD9CM 625.3*. Per essere considerate incidenti, le donne non dovevano avere alcuna diagnosi con questo codice nei periodi precedenti.

L'incidenza di patologia è stata pertanto calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di donne con una prima diagnosi di dismenorrea (ICD9CM: 625.3*) nel 2013;
- **[denominatore]** numero di anni-persona disponibili per il 2013 per le donne >14 anni e attive nel database HS al 1° gennaio 2013, moltiplicati per la media dei giorni di un anno solare (365,25 giorni).

Le incidenze sono state stratificate per età e per distribuzione geografica.

Infine, sono state descritte le frequenze (%) degli esami diagnostico-strumentali richiesti dal MMG e delle prescrizioni farmaceutiche collegate al codice di patologia in esame.

RISULTATI

La popolazione di donne in carico agli 800 MMG ricercatori HS, attive al 1° gennaio 2013, era pari a 566.314 donne, per un totale di 204.937.448 anni-persona. A partire da tale popolazione, nel corso del 2013, sono state identificate 1.233 nuove diagnosi di dismenorrea, per un'incidenza complessiva di $2,2 \times 1000$ anni-persona. L'incidenza è risultata massima nella fascia d'età 15-24 ($7,4 \times 1000$), per poi calare nelle fasce d'età successive. Le regioni con l'incidenza di patologia più elevate sono risultate la Campania ($4,3 \times 1000$), la Basilicata e la Calabria ($2,8 \times 1000$) e il Lazio ($2,7 \times 1000$) (**Tabella 4.2.6a**).

Analizzando le richieste di esami diagnostico-strumentali connessi a una diagnosi di dismenorrea, su un totale di 366 richieste effettuate dai MMG nel 2013 con tale codice di patologia, il 22,1% era rappresentato dall'ecografia transvaginale, il 19,1% dall'ecografia delle pelvi e della vescica e il 18,3% dall'ecografia ginecologica. Gli altri esami sono stati richiesti con frequenza inferiore; in particolare il pap-test ha rappresentato il 2,5% delle richieste connesse a un codice di dismenorrea e l'isteroscopia l'1,4% (**Tabella 4.2.6b**).

Su un totale di 654 prescrizioni farmaceutiche effettuate dal MMG nel 2013 e associate a una diagnosi di dismenorrea, il 37,8% riguardava i FANS, il 29,8% ormoni sessuali (in prevalenza anticoncezionali), il 3,7% l'acido tranexamico, il 2,8% farmaci antispastici, l'1,8% il paracetamolo e l'1,5% gli oppioidi. A questi si aggiungono sia altri farmaci, che coprono il 19,4% delle prescrizioni, sia gli integratori alimentari che rappresentano il 3,2% delle prescrizioni effettuate dal MMG (**Tabella 4.2.6c**).

	Femmine	
	N	x1000
Fasce d'età		
15-24	340	7,4
25-34	284	4,0
35-44	357	3,7
45-54	236	2,3
55-64	7	0,1
65-74	6	0,1
75-84	3	0,1
>=85	0	0,0
Area geografica		
Piemonte/Aosta	68	1,8
Liguria	28	1,5
Lombardia	188	2,1
Trentino/FVG	56	1,7
Veneto	63	1,5
Emilia Romagna	54	1,7
Toscana	48	1,7
Umbria	32	1,8
Marche	10	0,8
Lazio	122	2,7
Abruzzo/Molise	40	2,1
Campania	228	4,3
Puglia	93	2,2
Basilicata/Calabria	67	2,8
Sicilia	104	2,0
Sardegna	32	2,3
TOTALE	1233	2,2

Tabella 4.2.6a

Incidenza (x1000 anni-persona) di Dismenorrea al 31/12/2013 nella popolazione femminile attiva del campione degli 800 medici Health Search. Distribuzione per fasce d'età e area geografica.

Tabella 4.2.6b

Distribuzione degli esami diagnostici richiesti dal MMG e associati a una diagnosi di Dismenorrea nell'anno 2013.

Esami diagnostici	Totale	
	N	%
Ecografia transvaginale	81	22,1
Ecografia pelvi e vescica	70	19,1
Ecografia ginecologica	67	18,3
Ecografia addome inferiore	19	5,2
Ecografia addome completo	16	4,4
Ecografia mammelle	12	3,3
Pap test <citologico vaginale>	9	2,5
Isteroscopia	5	1,4
Ecografia tiroide-paratiroidi	4	1,1
Colposcopia	4	1,1
Mammografia bilaterale	4	1,1
Ecografia ovarica	4	1,1
Altri esami	71	19,4
TOTALE	366	100,0

Farmaci	Totale	
	N	%
FANS	247	37,8
Ormoni sessuali	195	29,8
Acido tranexamico	24	3,7
Antispastici	18	2,8
Paracetamolo	12	1,8
Oppioidi	10	1,5
Altri farmaci	127	19,4
Integratori alimentari	21	3,2
TOTALE	654	100,0

Tabella 4.2.6c

Distribuzione delle prescrizioni di farmaci associati a una diagnosi di Dismenorrea nel 2013

Il parere del medico di medicina generale

I dati presentati, mostrano come il problema della dismenorrea annualmente colpisce una quota rilevante di donne, in particolare in giovane età; fascia generalmente attiva in ambito lavorativo. Tale aspetto è molto rilevante in termini di costi indiretti legati a questo disturbo, in quanto esso può causare perdita di giornate lavorative, oltre a ridurre la qualità della vita della donna con cadenza mensile. Osservando gli esami diagnostici e le strategie terapeutiche messe in atto dai MMG, appare come la maggior parte di queste sia concorde con quanto prescritto dalle linee guida internazionali e dalle evidenze scientifiche principali sull'argomento. Tuttavia, alcuni aspetti potrebbero ulteriormente essere migliorati: la variabilità regionale indica una diversa sensibilità da parte dei MMG nel riconoscere e registrare il problema, così come la prescrizione di alcuni farmaci non indicati in questo disturbo. In conclusione, i risultati di questo studio evidenziano la necessità di aumentare la conoscenza e l'attenzione verso questa condizione clinica che spesso il MMG si trova a dover affrontare, al fine di migliorarne il riconoscimento e il suo trattamento.

A cura della Dott.ssa Raffaella Michieli

4.3 ANNO 2016

4.3.1 Epidemiologia e gestione dei disturbi d'ansia in medicina generale

PANORAMA

I disturbi d'ansia sono molto diffusi; si stima che il 12% della popolazione soffre di un disturbo d'ansia clinicamente significativo, inoltre, le condizioni di vita ad elevato stress contribuiscono ad aumentarne la frequenza col rischio di cronicizzazione e sviluppo di sintomi depressivi.

Gli studi effettuati hanno dimostrato che i danni causati da tali disturbi, intesi come disabilità, costi diretti e indiretti, riduzione della soddisfazione di vita, sono superiori ai disturbi psichiatrici considerati di maggiore gravità. E' stato ampiamente dimostrato che i disturbi d'ansia possono divenire cronici, se non precocemente diagnosticati e correttamente trattati; nonostante ciò è stato calcolato che nei paesi industrializzati solo un quarto di chi soffre di questi disturbi riceve un trattamento adeguato. Le conseguenze più frequenti di un disturbo d'ansia non trattato, o trattato in modo inadeguato sono:

- Alti livelli di disabilità: scarsa autonomia, difficoltà lavorative e nelle relazioni interpersonali.
- Elevati costi socio-sanitari: riduzione del rendimento scolastico o lavorativo, elevate spese sanitarie per visite, accertamenti medici e farmaci.
- Bassa qualità di vita e di soddisfazione personale: rinunce, isolamento sociale, vita povera di stimoli e di soddisfazioni, intenso disagio.
- Aumentata probabilità di sviluppare altri disturbi psichiatrici: è frequente l'insorgenza di Depressione Maggiore e l'abuso di sostanze (soprattutto alcolici), mentre i tassi di suicidio sono superiori a quelli della popolazione generale.

I pazienti che soffrono di disturbo d'ansia sono trattati prevalentemente dal Medico di Medicina Generale (MMG), mentre i Servizi di Salute Mentale si occupano delle condizioni più severe e disabilitanti. Pertanto, i compiti del MMG nella gestione di questi disturbi sono diversi e prevedono:

- prevenzione ed individuazione precoce dei soggetti a rischio;
- educazione sanitaria alla gestione dello stress
- primo inquadramento clinico e sospetto diagnostico;
- invio dei casi di maggiore gravità al servizio specialistico territoriale;
- gestione e trattamento dei disturbi emotivi di minor gravità;
- eventuale richiesta di consulenza specialistica per monitorare la terapia già impostata.

Nonostante i MMG abbiano un ruolo importante nella gestione dei disturbi d'ansia, uno studio che ha raccolto le opinioni di un campione di MMG italiani, la loro conoscenza e gli atteggiamenti nel trattamento di tali disturbi, ha evidenziato che il disturbo d'ansia è percepito meno severo rispetto a quello depressivo, e che la sua gestione spesso non è in linea con quanto raccomandato dalle linee guida internazionali. A ciò va aggiunto che, trattandosi di un disturbo che non richiede ospedalizzazione e che spesso i trattamenti

adottati non sono a carico del SSN, sono pochi gli studi in grado di fornire un dato epidemiologico attendibile e il modo in cui i MMG gestiscono questi pazienti.

In tale scenario, quest'analisi ha l'obiettivo di valutare la prevalenza del disturbo d'ansia e delle modalità con cui i MMG gestiscono i loro pazienti, impiegando il database HS IMS Health LPD della medicina generale italiana.

COSTRUZIONE DEGLI INDICATORI

Dalla popolazione attiva al 31/12/2014, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati individuati i soggetti con una diagnosi di disturbo d'ansia, comprendendo sia le diagnosi appartenenti alla sfera dei "disturbi nevrotici", sia quelle definite come "reazioni acute allo stress".

La prevalenza (%) di patologia è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti con una diagnosi di disturbi nevrotici (ICD9CM: 300.00, 300.09, 300.01, 300.20, 300.23) o di reazione acuta allo stress (ICD9CM: 308.0, 308.1, 308.2, 308.3, 308.4, 308.9) nel 2014;
- **[denominatore]** numero di individui >14 anni, presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31 dicembre del 2014.

Le prevalenze sono state quindi stratificate per sesso, età e per distribuzione geografica.

Infine, sono state calcolate le frequenze (%) delle prestazioni messe in atto dal MMG (prescrizioni di farmaci e richiesta di visite specialistiche) collegate ai codici di patologia in esame, nel modo seguente:

- **[numeratore]** pazienti con almeno una prestazione (prescrizione di farmaci e richiesta di visita specialistica) nell'anno 2014 associata alla patologia;
- **[denominatore]** pazienti prevalenti al 31/12/2013.

RISULTATI DELL'ANALISI

A partire dalla popolazione di 969.718 soggetti in carico agli 800 MMG ricercatori HS al 31/12/2014, sono stati identificati 67.303 pazienti con una diagnosi di "disturbi nevrotici", con una prevalenza di 6.94%. A questi soggetti vanno aggiunti 10.493 pazienti con diagnosi di "reazioni acute allo stress", pari all'1.08% della popolazione. Come atteso, il disturbo d'ansia colpisce maggiormente le donne rispetto agli uomini (disturbi nevrotici: 8.90% vs. 4.85%; reazioni acute allo stress: 1.35% vs. 0.79%). La prevalenza dei disturbi nevrotici aumenta all'aumentare dell'età, raggiungendo il picco tra 75 e 84 anni (8.72%), mentre la prevalenza delle "reazioni acute allo stress" risulta massima tra 45 e 54 anni (1.46%). Emerge che nei giovani e nei giovani - adulti, età nelle quali i disturbi d'ansia dovrebbero avere prevalenze maggiori, il problema è sottostimato. Inoltre, per entrambi i raggruppamenti si osserva un gradiente geografico, con un aumento delle prevalenze andando dal Sud al Nord Italia, con l'eccezione delle Isole dove i valori sono simili a quelle registrate nel Nord Italia (**Tabella 4.3.1a**).

Analizzando le prescrizioni dei farmaci connessi a una diagnosi di disturbo d'ansia, emerge che il 19.6% dei soggetti con "disturbi nevrotici" e il 16.2% di quelli con "reazioni acute allo stress" ricevono almeno una prescrizione di farmaci. Si tratta prevalentemente di benzodiazepine, antidepressivi o antipsicotici, a cui si aggiunge una quota rilevante di farmaci procinetici, a sostegno della forte relazione esistente tra disturbi gastrointestinali e disturbo d'ansia. Come si evince dalle piccole percentuali di soggetti trattati, la terapia farmacologica è spesso solo ausiliaria alla psicoterapia e, nello specifico, la prescrizione di benzodiazepine andrebbe limitata alla fase acuta per il rischio elevato di abuso e di insorgenza di dipendenze. Per quanto concerne le richieste di visite specialistiche correlate al disturbo d'ansia, queste, nella maggior parte dei casi, comprendono la visita psichiatrica, il consulto psicologico e la visita neurologica. Tuttavia, solo l'1.5% dei pazienti a cui viene fatta una diagnosi di disturbo d'ansia dal MMG sono indirizzati a una visita specialistica (**Tabella 4.3.1b**) a dimostrazione di quanto essi siano potenzialmente gestibili nell'ambito della medicina generale.

Tabella 4.3.1a Prevalenza (%) di soggetti con diagnosi di “Disturbi Nevrotici” e “Reazione acuta allo stress” al 31/12/2014 nella popolazione attiva al 31/12/2014 del campione degli 800 medici Health Search. Distribuzione per sesso, fasce di età e regione.

	Disturbi nevrotici			Reazione acuta allo stress		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	%	%	%	%	%	%
Fasce d'età						
15-24	2.24	3.93	3.04	0.36	0.65	0.50
25-34	4.21	6.88	5.53	0.70	1.23	0.96
35-44	4.68	8.27	6.48	0.95	1.57	1.26
45-54	5.16	9.87	7.56	1.08	1.83	1.46
55-64	5.51	10.13	7.86	1.00	1.70	1.36
65-74	5.83	10.85	8.44	0.67	1.25	0.98
75-84	6.00	10.71	8.72	0.49	0.94	0.75
>=85	5.73	9.11	8.02	0.41	0.61	0.54
Regione						
Piemonte/Aosta	5.10	8.83	7.03	0.83	1.38	1.11
Liguria	4.96	8.64	6.88	0.85	1.48	1.18
Lombardia	4.89	9.47	7.21	0.91	1.63	1.28
Trentino/FVG	5.33	9.39	7.44	1.56	2.49	2.05
Veneto	4.74	9.61	7.25	0.91	1.56	1.24
Emilia Romagna	5.74	10.75	8.40	0.98	1.67	1.35
Toscana	6.01	10.74	8.44	0.63	1.14	0.89
Umbria	5.19	9.67	7.53	0.51	1.09	0.81
Marche	4.10	7.16	5.65	0.56	0.85	0.71
Lazio	4.63	8.17	6.48	0.66	1.32	1.01
Abruzzo/Molise	4.21	7.85	6.10	1.00	1.78	1.41
Campania	4.43	6.87	5.70	0.73	1.04	0.89
Puglia	4.16	7.96	6.11	0.47	0.68	0.58
Basilicata/Calabria	4.65	8.40	6.57	0.64	0.90	0.77
Sicilia	4.87	9.06	7.05	0.59	1.02	0.81
Sardegna	4.32	9.43	7.00	0.71	1.45	1.10
TOTALE	4.85	8.90	6.94	0.79	1.35	1.08

Tabella 4.3.1b Frequenza (%) delle prescrizioni di farmaci e delle richieste di visite specialistiche, tra i soggetti con diagnosi di “Disturbi Nevrotici” e “Reazione acuta allo stress” al 31/12/2013. Distribuzione per sesso.

	Disturbi nevrotici			Reazione acuta allo stress		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	%	%	%	%	%	%
Prestazione						
Prescrizione farmaci	17.7	20.6	19.6	13.8	17.6	16.2
Richiesta visita specialistica	1.6	1.4	1.5	1.7	1.4	1.5

Il parere del medico di medicina generale

Per quale ragione i disturbi d’ansia non sono così agevolmente diagnosticabili in medicina generale? Sono possibili due grandi motivazioni tra loro concatenate almeno parzialmente: le caratteristiche psicopatologiche dei disturbi stessi e la preparazione e la sensibilità dei medici di medicina generale verso questa problematica. Per quanto concerne il primo aspetto è possibile affermare, tramite i dati presenti in letteratura, che i disturbi d’ansia tendono a presentarsi inizialmente solo come disturbi somatici isolati, oppure associati a sintomi psicologici sfumati. Il paziente nel descrivere il suo disagio si focalizza sul soma, questo perché riconosce ed accetta più facilmente problemi riconducibili al proprio corpo, inoltre perché l’iperattività neurovegetativa si manifesta sul piano fisico oltre che psichico e, infine, perché il disturbo ansioso primario facilita di per sé la concentrazione su fastidi organici lievi che per una persona sana risulterebbero irrilevanti. In secondo luogo, questi disturbi possono essere la manifestazione di una patologia organica ad essi associata. Tra queste si annoverano ipoglicemia, iper- o ipo-tiroidismo, cardiopatie, malattie respiratorie croniche, deficit di vitamine del gruppo B, patologie vestibolari, neoplasie, diabete, ecc. In terzo luogo, i disturbi d’ansia possono essere i sintomi di esordio, i sintomi prevalenti oppure le comorbidità o le complicanze di un altro disturbo psichico come avviene nei disturbi bipolari, nei disturbi di adattamento, nel disturbo ossessivo – compulsivo, nei disturbi depressivi, nelle demenze, nei disturbi da dipendenza da alcol o sostanze, ecc. Infine, i disturbi d’ansia possono essere associati a problematiche sociali e lavorative, sia come causa, sia come conseguenza. Per quanto concerne il secondo aspetto, è bene ricordare che solo una diagnosi corretta dello specifico disturbo d’ansia permette una cura adeguata, che sappia anche coinvolgere altre figure professionali, quali psicologi ed educatori, e che consideri la terapia farmacologica come ausiliaria o, talvolta, secondaria ai trattamenti psicoterapici. Come possiamo aiutarci concretamente? In primo luogo occorre accrescere le conoscenze cliniche, aggiornandole in base alle raccomandazioni delle linee guida internazionali, attraverso i diversi metodi formativi a disposizione (riviste scientifiche, seminari, comunità di pratica); in secondo luogo possono essere di ausilio i test auto o etero - somministrati a livello ambulatoriale; infine sono molto utili e, forse, ancora più maneggevoli rispetto ai test dei semplici algoritmi diagnostici che, valutando il quadro ansioso secondo l’esordio, il decorso, i sintomi prevalenti, la comorbidità, gli eventuali trattamenti in atto e/o pregressi, indirizzano il medico verso un disturbo d’ansia piuttosto che un altro.

Solamente incrementando la nostra competenza e sensibilità potremo sopperire agli ostacoli diagnostici che ci presenta la clinica dei disturbi d'ansia.

A cura del Dott. Bartolomeo Allasia

4.3.2 Epidemiologia del glaucoma in medicina generale

PANORAMA

Lo Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), nel marzo 2015, ha pubblicato le linee guida sull'assistenza primaria e valutazione dei pazienti con sospetto glaucoma. Questo documento, rivolto ai medici di medicina generale (MMG) e ad altri professionisti che operano sul territorio, ha l'obiettivo di fornire raccomandazioni sulle migliori pratiche da adottare per la valutazione dei pazienti con sospetto glaucoma e l'eventuale loro invio verso servizi di cura specialistica.

Il glaucoma rappresenta la seconda causa di disabilità visiva e cecità: si stima che la sua prevalenza nella popolazione vari tra 1,6% e 7,8% e aumenti all'aumentare dell'età, in particolare dopo i 40 anni. Altri fattori di rischio sono rappresentati dal sesso femminile (rapporto F:M 3,25:1), dall'etnia (prevalenza più elevata tra i neri), dalla presenza di un parente di primo grado con tale malattia e, infine, dalla presenza di comorbidità quali diabete, ipertensione e malattie vascolari periferiche.

Con il termine "glaucoma", non si identifica una singola patologia, ma un ampio numero di entità cliniche associate, nella maggior parte dei casi, ad un aumento della pressione intraoculare, a sua volta responsabile dell'insorgenza di una neuropatia ottica con alterazioni dello strato delle fibre nervose retiniche e atrofia ottica e conseguente deficit del campo visivo. E' possibile distinguere tra glaucoma primario (non accompagnato ad altre affezioni oculari) e secondario (correlabile ad altre malattie oculari o sistemiche), inoltre, in base all'aspetto anatomico della regione angolare (regione compresa tra la radice dell'iride e la cornea) è possibile parlare di "glaucoma ad angolo chiuso" o "glaucoma ad angolo aperto". Negli stadi iniziali la sintomatologia è praticamente inesistente ed il decorso subdolo, per tale motivo questa malattia è spesso diagnosticata casualmente durante una visita oculistica. Infatti, l'aumento della pressione non viene avvertito dal paziente che inizia a perdere le porzioni laterali del campo visivo solo quando il nervo ottico risulta danneggiato. Quando poi la malattia si aggrava, si arriva a perdere anche la visione centrale molto rapidamente. In tale scenario risulta di fondamentale importanza il ruolo del MMG che è chiamato a intercettare i casi di sospetto glaucoma al fine di indirizzarli allo specialista per un controllo accurato e una conferma della diagnosi. Inoltre, considerando la complessità della malattia e degli stessi pazienti, che spesso sono anziani con multimorbidità, è necessario che l'approccio terapeutico e la gestione del follow-up siano altamente personalizzati e avvengano sempre in maniera concertata tra lo specialista e il MMG. Questa analisi, pertanto, ha lo scopo di stimare la prevalenza del glaucoma tra i pazienti in carico alla medicina generale italiana, allo scopo di valutare il grado di accuratezza della registrazione di questa condizione nel database HS IMS Health LPD e il relativo carico di lavoro del MMG nel gestire i pazienti con tale patologia.

COSTRUZIONE DEGLI INDICATORI

A partire dalla popolazione attiva al 31/12/2014, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati individuati i soggetti con una diagnosi di glaucoma.

La prevalenza (%) di patologia è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti con una diagnosi di glaucoma (ICD9CM: 365.xx) nel 2014;
- **[denominatore]** numero di individui >14 anni, presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2014.

Le prevalenze sono state stratificate per sesso, età e per distribuzione geografica.

RISULTATI DELL'ANALISI

A partire dalla popolazione di 1.089.777 soggetti in carico agli 800 MMG ricercatori HS al 31/12/2014, sono stati identificati 35.295 pazienti con una diagnosi di "glaucoma", pari ad una prevalenza complessiva di 3,24%. Le stime di prevalenza sono maggiori nelle donne rispetto agli uomini (3,58% vs 2,87%). La predominanza del sesso femminile è riscontrabile in tutte le fasce d'età, ad eccezione degli ultra 85enni, dove gli uomini mostrano una prevalenza di 13,23%, mentre le donne di 11,83%. In entrambi i sessi la prevalenza aumenta all'aumentare dell'età, in particolare dai 65 anni in poi, dove supera il 6%, per poi continuare a crescere nelle fasce d'età successive. Osservando la distribuzione geografica emerge una variabilità tra le diverse regioni. La regione con la prevalenza più elevata risulta l'Emilia Romagna (5,36%), seguita da Abruzzo/Molise (3,95%), Marche (3,93%). Al contrario, le regioni con le stime di prevalenza più basse sono risultate la Sardegna (2,24%) e la Lombardia (2,46%) (**Tabella 4.3.2a**).

Tabella 4.3.2a

Prevalenza (%) di Glaucoma al 31/12/2014 nella popolazione attiva del campione degli 800 MMG Health Search – IMS LPD.

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Fasce d'età						
15-24	68	0,12	66	0,13	134	0,12
25-34	249	0,34	226	0,31	475	0,32
35-44	532	0,57	556	0,58	1088	0,57
45-54	1361	1,37	1582	1,53	2943	1,45
55-64	2561	3,18	3065	3,67	5626	3,43
65-74	4189	6,29	5207	7,33	9396	6,83
75-84	4309	10,33	6179	10,78	10488	10,59
>=85	1771	13,23	3374	11,83	5145	12,27
Regione						
Piemonte/Aosta	981	2,67	1336	3,42	2317	3,05
Liguria	522	3,21	744	4,07	1266	3,67
Lombardia	1834	2,11	2520	2,81	4354	2,46
Trentino/FVG	738	2,47	995	3,08	1733	2,78
Veneto	928	2,42	1226	2,94	2154	2,69
Emilia Romagna	1412	4,87	1956	5,79	3368	5,36
Toscana	817	2,96	1121	3,78	1938	3,39
Umbria	474	3,01	587	3,35	1061	3,19
Marche	481	3,66	572	4,18	1053	3,93
Lazio	1115	2,85	1523	3,38	2638	3,13
Abruzzo/Molise	621	3,67	781	4,21	1402	3,95
Campania	1581	3,21	2288	4,24	3869	3,75
Puglia	1371	3,44	1743	4,16	3114	3,81
Basilicata/Calabria	614	2,56	800	3,18	1414	2,88
Sicilia	1243	2,65	1737	3,41	2980	3,05
Sardegna	308	2,21	326	2,26	634	2,24
TOTALE	15040	2,87	20255	3,58	35295	3,24

Il parere del medico di medicina generale

L'analisi eseguita da HS consente di formulare interessanti considerazioni. Il glaucoma cronico è una malattia degenerativa, asintomatica nelle fasi iniziali e altamente invalidante nelle fasi evolute, fino alla cecità. Sono a disposizione del medico numerose opzioni terapeutiche, chirurgiche ma soprattutto farmacologiche sotto forma di colliri. L'accurata scelta della terapia topica, tra le varie molecole a disposizione, consente sia la stabilizzazione della patologia e della funzione visiva sia l'ottimizzazione della qualità di vita in rapporto al danno e alla compliance terapeutica. Il glaucoma è una patologia di difficile diagnosi nelle sue fasi iniziali proprio perché asintomatica, ed anche nell'ambito della Medicina Generale si assiste ad una sottostima della sua prevalenza. La prevalenza maggiore nell'ambito dei dati HS è quella fornita dai medici dell'Emilia Romagna. Sarebbe interessante capire se tale dato che si colloca ben al di sopra del dato nazionale sia frutto di campagne sanitarie informative dedicate o delle mutate caratteristiche etniche della popolazione.

La prima interpretazione dei dati di HS è l'evidente necessità di formare adeguatamente i MMG il cui primo ruolo è sicuramente quello di indirizzare allo specialista i pazienti con fattori di rischio per glaucoma, e tra questi primo tra tutti la familiarità. Il MMG, che è essenzialmente Medico della Famiglia, ricopre il particolare ruolo di educatore e sensibilizzatore di interi nuclei familiari alla ricerca di segni della patologia oculare prima che diventi sintomatica.

È inoltre essenziale che il MMG vigili sulla assunzione della terapia con colliri che deve essere continuativa e correttamente eseguita. A tal proposito il paziente deve essere seguito nel tempo e motivato, infatti la diagnosi di glaucoma, spesso casuale, investe il paziente, a volte giovane e senza alcun deficit visivo soggettivo. Ma la stessa attenzione va posta al paziente anziano frequentemente affetto da numerose altre patologie e impegnato nell'assunzione di terapie anche molto complesse. Come in tutte le patologie croniche, la compliance rappresenta un problema fondamentale per la gestione del malato. Infatti, il glaucoma è una malattia che obbliga ad un trattamento senza che il paziente ne riconosca un beneficio immediato, quale una diminuzione della sintomatologia. Inoltre, la terapia comporta un discomfort legato sia al farmaco stesso (bruciore, prurito, arrossamento, etc.) sia alle difficoltà di somministrazione (orari, incapacità di instillare il collirio, etc.). È pertanto evidente che i pazienti affetti da glaucoma vadano spesso incontro a un notevole grado di non aderenza alla terapia, per la correzione della quale la Figura del MMG è sicuramente determinante. Il MMG si inserisce come sempre anche nel contesto economico e sociale dei pazienti portatori di patologie croniche. In particolare i dati di economia sanitaria riguardanti il glaucoma sono sorprendentemente pochi, anche se non è difficile immaginare che i costi sociali dell'ipovisione (dall'assistenza sanitaria all'accompagnamento, ai rischi di complicanze incluse le fratture da caduta, la depressione, e così via) siano drammaticamente elevati e abbattibili solo con adeguate campagne di prevenzione e diagnosi precoce.

I dati della ricerca di HS qui presentati, in conclusione, evidenziano quanto sia importante pensare a programmi di clinical governance del glaucoma, in particolare per le sue caratteristiche che ne fanno una temibile patologia sociale, in grado di costituire la seconda causa di cecità al mondo e la prima non reversibile.

A cura del Dott.ssa Tecla Mastronuzzi

4.3.3 Epidemiologia della fibrillazione atriale e prevenzione del tromboembolismo in medicina generale

PANORAMA

La fibrillazione atriale è l'aritmia sostenuta più frequente nella pratica clinica. Essa è caratterizzata da un'attività elettrica caotica e irregolare da parte degli atri, con conseguente perdita della loro fondamentale funzione meccanica. Questo disturbo è asintomatico in oltre un terzo dei soggetti, oppure risulta caratterizzato da sintomi aspecifici quali dispnea, palpitazioni, vertigini/sincope, dolore anginoso. In funzione della sua storia naturale, la fibrillazione atriale può essere classificata in: parossistica, permanente, di nuova insorgenza o ricorrente. Tuttavia, la cronicizzazione del disturbo riguarda percentuali rilevanti di soggetti e risulta correlata a fattori di rischio quali età avanzata, ipertensione arteriosa, ingrandimento atriale sinistro, presenza di valvulopatia, cardiomiopatia o scompenso cardiaco.

Dato l'incremento dell'età media della popolazione, la fibrillazione atriale sta assumendo sempre maggior interesse e il suo quadro epidemiologico non è ancora del tutto definitivo. Lo studio condotto nel 2011 dalla SIMG (Società di Medicina Generale) in collaborazione con ANMCO (Associazione Medici Cardiologi Ospedalieri) ha stimato una prevalenza di fibrillazione atriale nella popolazione adulta (>14 anni) dell'1,85%, con un aumento considerevole all'aumentare dell'età. Tale stima risulta in crescita rispetto a studi condotti in precedenza, a causa dell'invecchiamento costante della popolazione, della maggiore sopravvivenza a condizioni cliniche correlate alla fibrillazione atriale e dell'aumentata capacità diagnostica anche del Medico di Medicina Generale (MMG). È evidente, quindi, la necessità di monitorare costantemente i dati epidemiologici della fibrillazione atriale nella popolazione in carico alla medicina generale.

Tra le diverse figure sanitarie implicate nella gestione del processo di cura del paziente con fibrillazione atriale, il MMG ha una funzione molto importante, in particolare per quanto riguarda la gestione della terapia anticoagulante orale. Infatti, i pazienti affetti da fibrillazione atriale presentano un maggior rischio di eventi tromboembolici, in particolare di ictus cerebrale e, pertanto, necessitano di una adeguata terapia anticoagulante orale. Mentre nel caso della fibrillazione atriale valvolare il rischio di tromboembolismo è considerato sempre sufficientemente elevato da indicare una terapia anticoagulante orale, nella fibrillazione atriale non valvolare la profilassi antitrombotica deve essere guidata da una stratificazione del rischio tromboembolico (tramite il punteggio CHA₂DS₂-VASc) e del rischio emorragico (tramite il punteggio HAS-BLED). La terapia anticoagulante può avvenire mediante il warfarin, oppure mediante i nuovi anticoagulanti orali (NAO), quali dabigatran, apixaban e rivaroxaban. I NAO, indicati nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare, si sono mostrati non inferiori al warfarin nella prevenzione dell'ictus e dell'embolismo sistemico e hanno fatto registrare minori complicanze di tipo emorragico. Tuttavia, come per qualsiasi nuovo farmaco, il profilo di sicurezza complessivo non è ancora del tutto delineato e, pertanto, questi farmaci necessitano di un attento monitoraggio da parte del prescrittore. Considerate le diverse opzioni terapeutiche disponibili per la prevenzione del tromboembolismo nel paziente con fibrillazione atriale è importante studiarne la prevalenza di impiego nella medicina generale.

Nel complesso, la presente analisi si pone l'obiettivo di fornire un dato aggiornato dell'epidemiologia della fibrillazione atriale e delle scelte terapeutiche per la prevenzione del tromboembolismo associato, mediante l'impiego del database HS IMS Health.

COSTRUZIONE DEGLI INDICATORI

All'interno della popolazione attiva al 31/12/2014, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati individuati i soggetti con diagnosi di fibrillazione atriale e sono stati calcolati i seguenti indicatori.

La prevalenza (%) di patologia è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti con una diagnosi di fibrillazione atriale (ICD9CM: 427.31) nel 2014;
- **[denominatore]** numero di individui >14 anni, presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2014.

L'incidenza (x1000 anni persona) di patologia è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti con una nuova diagnosi di fibrillazione atriale (ICD9CM: 427.31) nel 2014;
- **[denominatore]** anni persona dei soggetti >14 anni, presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2014.

La prevalenza (%) d'uso di anticoagulanti è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti con almeno una prescrizione di warfarin (ATC: B01AA03) o di Nuovi Anticoagulanti Orali (ATC: B01AF01, B01AF02, B01AE07) nel 2014;
- **[denominatore]** numero di soggetti con diagnosi di fibrillazione atriale (ICD9CM: 427.31) nel 2014.

Tutte le analisi sono state stratificate per sesso, età e per distribuzione geografica.

RISULTATI DELL'ANALISI

Nella popolazione di 1.089.777 assistiti degli 800 MMG ricercatori HS al 31/12/2014, sono stati identificati 26.168 pazienti con una diagnosi di fibrillazione atriale, per una prevalenza complessiva di 2,4%. I nuovi casi nel 2014 sono stati 3.264, per un'incidenza pari a 3,1 casi x1000 anni-persona. Prevalenza e incidenza sono risultate sempre più elevate tra gli uomini rispetto alle donne (prevalenza: 2,5% maschi vs 2,3% femmine; incidenza: 3,3 maschi vs 3,0 femmine). Analizzando l'epidemiologia della fibrillazione atriale in funzione dell'età, si osserva come prevalenza e incidenza aumentano all'aumentare dell'età, in particolare dai 65 anni in poi. I valori massimi si osservano nella classe degli ultra 85enni, dove la prevalenza raggiunge il 14,2% e l'incidenza i 19,0 casi x1000 anni-persona (**Figure 4.3.3a e b**). L'analisi a livello regionale di prevalenza e incidenza mostra che le regioni del Centro-Nord presentano valori più elevati rispetto al Sud e alle Isole: la regione con la prevalenza più elevata è stata l'Emilia Romagna (3,0%), mentre quella con la più alta incidenza il Veneto (4,1 casi x1000 anni-persona).

All'interno della popolazione di pazienti con diagnosi di fibrillazione atriale è stata calcolata la prevalenza d'uso della terapia anticoagulante con warfarin o con i Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO). Sull'intero territorio nazionale il warfarin è stato prescritto al 36,4% dei soggetti affetti da fibrillazione atriale, mentre i NAO al 6,9%. Queste prevalenze seguono l'epidemiologia della malattia per ciò che riguarda le differenze tra sessi e classi d'età. Osservando le differenze a livello regionale, si osserva che le regioni del Centro-Nord fanno

registrare prevalenze d'uso al di sopra del valore nazionale, in particolare l'Emilia Romagna (49,1%), l'Umbria (46,7%) e il Veneto (44,9%). Inversamente, le regioni del Centro-Sud hanno fatto registrare valori di prevalenza d'uso dei NAO superiori rispetto al dato nazionale, nello specifico: Puglia (14,4%), Lazio (10,9%) e Umbria (10,1%). Nelle Isole sono stati registrati i valori di prevalenza d'uso inferiore per entrambe le strategie terapeutiche analizzate (**Figura 4.3.3c**).

Figura 4.3.3a Prevalenza (%) di fibrillazione atriale al 31/12/2014 nella popolazione attiva del campione degli 800 MMG Health Search – IMS LPD: distribuzione per sesso e fasce di età

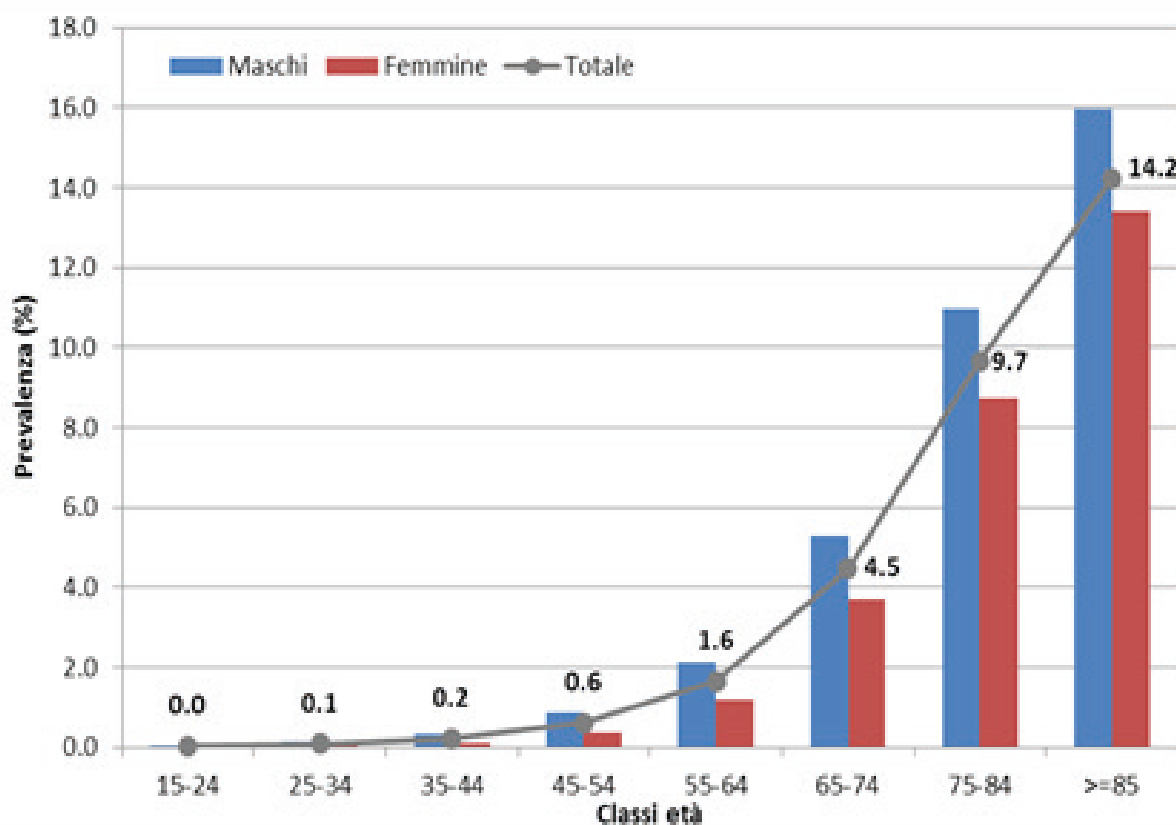


Figura 4.3.3b Incidenza (x1000 anni-persona) di fibrillazione atriale al 31/12/2014 nella popolazione attiva del campione degli 800 MMG Health Search – IMS LPD: distribuzione per sesso e fasce di età

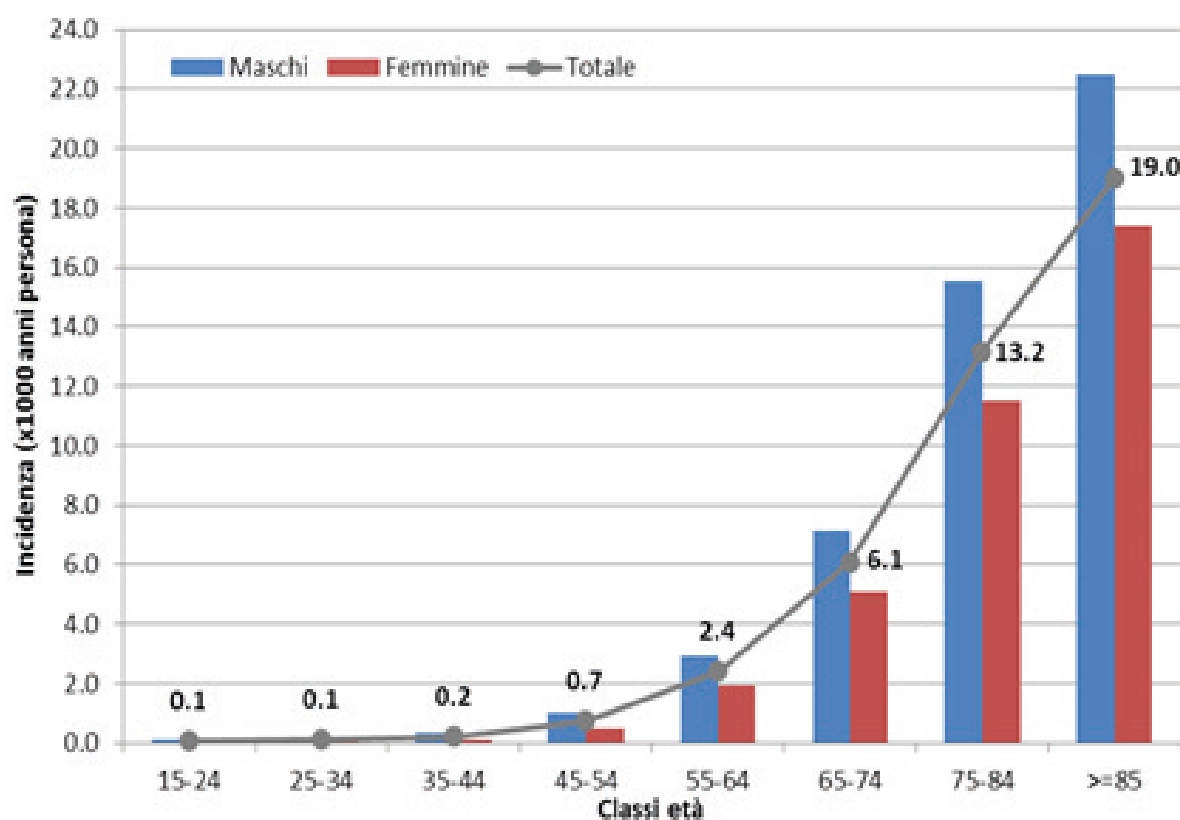
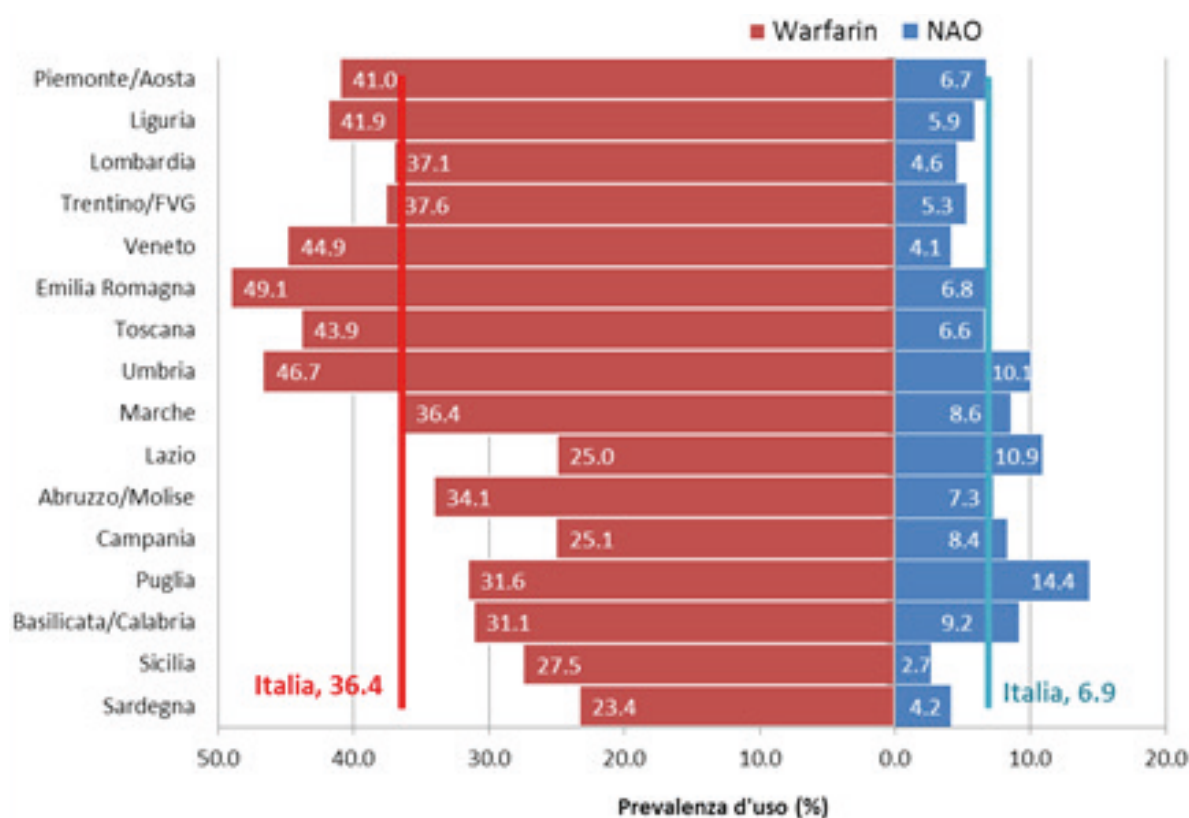


Figura 4.3.3c Prevalenza d'uso (%) di Warfarin e Nuovi Anticoagulanti Orali (NOA) tra i pazienti con fibrillazione atriale nel 2014 e in carico agli 800 MMG Health Search – IMS LPD: distribuzione per regione



il parere del medico di medicina generale

La fibrillazione atriale è una delle maggiori cause di accidente cardiovascolare nella nostra popolazione in particolare per ictus. Con l'aumento dell'età, come dimostrano anche i dati in nostro possesso, aumenteranno anche i pazienti affetti da tale patologia. L'introduzione dei NAO dovrebbe cambiare il modo di approcciare la fibrillazione atriale, purtroppo noi MMG siamo impegnati a sapere tutto su questi farmaci ma non possiamo prescriverli direttamente, questa rappresenta una contraddizione alla quale, prima o poi, sarà necessario far fronte. Il nostro dovere di MMG è soprattutto quello di intercettare il maggior numero di pazienti e inviarli ad un percorso di diagnosi/terapia perché, come dimostrano i dati, è qui la vera falla: troppi pazienti sono lasciati ancora senza terapia o sono curati con terapie non idonee.

A cura del Dott. Alessandro Zennaro

4.3.4 Epidemiologia e gestione dell'osteoporosi in medicina generale

PANORAMA

L'osteoporosi è una condizione scheletrica che si accompagna ad una riduzione del contenuto minerale scheletrico con alterazioni qualitative del tessuto osseo e conseguente diminuzione della resistenza ossea e aumento delle fratture da fragilità. Essa può essere distinta nelle forme primitive e in quelle secondarie (ossia come conseguenza di condizioni che determinano una perdita di minerale osseo e alterazioni qualitative della microarchitettura scheletrica). Le osteoporosi primitive, comprendono l'osteoporosi idiopatica (giovane e dell'adulto) e le osteoporosi involutive, postmenopausale (di tipo I) e senile (di tipo II). Quella di tipo I, essendo dovuta alla carenza di estrogeni, è tipica della donna nel periodo post menopausa, mentre quella di tipo II colpisce entrambi i sessi con l'avanzare degli anni e riflette le influenze esercitate sul tessuto osseo dalle modificazioni ormonali conseguenti all'invecchiamento.

Stime derivanti dallo studio epidemiologico multicentrico nazionale ESOPPO, riportano che il 23% delle donne di oltre 40 anni e il 14% degli uomini con più di 60 anni è affetto da osteoporosi. Ciò corrisponde a oltre 5 milioni di persone (4,5 milioni di donne e 1 milione di uomini) affette da osteoporosi in Italia; tale dato è in costante aumento, in relazione all'aumentare dell'aspettativa di vita. Questo aumento della prevalenza di malattia è necessariamente accompagnato da un aumento di fratture osteoporotiche (femore, vertebre, omero, radio distale), con aggravio sui costi sia diretti sia indiretti.

In base al tipo di prevenzione che occorre attuare (primaria, secondaria o terziaria) esistono diversi approcci di tipo farmacologico e non. Per la prevenzione primaria prevalgono gli interventi di tipo non farmacologico: correzione degli stili di vita e dell'alimentazione, promozione dell'attività fisica e dell'esposizione ai raggi ultravioletti, riduzione o eliminazione di fumo e alcool. Si intendono in prevenzione secondaria quei soggetti definiti a rischio dalle indagini strumentali (ad esempio MOC DXA) o mediante l'impiego della carta di rischio FRAX™, che stima il rischio di frattura entro 10 anni. La prevenzione terziaria, infine, si rivolge a pazienti che hanno già subito una frattura e, pertanto, sono ad alto rischio di ri-frattura.

Ad oggi i farmaci registrati per ridurre il rischio di fratture da fragilità sono i bisfosfonati (alendronato, ibandronato, risedronato, zoledronato), il raloxifene, il denosumab, la teriparatide e lo stronzio ranelato. Queste terapie sono rimborsate dal SSN sulla base della nota AIFA 79 che stabilisce sia le condizioni cliniche, sia il livello di trattamento (prima, seconda o terza linea) di ciascun farmaco. Infine, è questi farmaci prevedono specifici profili di tossicità e di utilizzo che il Medico di Medicina Generale (MMG) deve conoscere in maniera approfondita al fine di individuare la terapia più appropriata per ogni paziente.

In questo scenario, appare evidente che il ruolo del MMG è cruciale in tutti i livelli di gestione di questa patologia: dalla individuazione del rischio alla diagnosi, dalla scelta della terapia al suo monitoraggio nel tempo.

Questa analisi, pertanto, ha l'obiettivo di fornire il quadro epidemiologico dell'osteoporosi, mediante l'impiego del database HS IMS Health, al fine di valutare il suo impatto nella pratica clinica della medicina generale italiana.

COSTRUZIONE DEGLI INDICATORI

A partire dalla popolazione attiva al 31/12/2014, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati individuati i soggetti con diagnosi di osteoporosi e sono stati calcolati i seguenti indicatori.

La prevalenza (%) di patologia è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti con una diagnosi di osteoporosi (ICD9CM: 733.0*) nel 2014;
- **[denominatore]** numero di individui >14 anni, presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2014.

L'analisi di prevalenza di patologia è stata stratificata per sesso, età e per distribuzione geografica.

La prevalenza (%) d'uso dei farmaci per il trattamento dell'osteoporosi è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti con almeno una prescrizione di Bifosfonati (ATC: M05BA*), Bifosfonati in combinazione (M05BB*), Denosumab (M05BX04), Raloxifene (G03XC01), Stronzio ranelato (M05BX03) o Teriparatide (H05AA02) nel 2014;
- **[denominatore]** numero di soggetti con diagnosi di osteoporosi (ICD9CM: 733.0*) nel 2013.

RISULTATI DELL'ANALISI

Nella popolazione di 1.095.948 assistiti degli 800 MMG ricercatori HS al 31/12/2014, sono stati identificati 95.356 pazienti con una diagnosi di osteoporosi, per una prevalenza complessiva di 8,7%. Le stime di prevalenze sono risultate di molto più elevate nelle donne rispetto agli uomini (15,6% vs. 1,3%). Il dato di prevalenza in funzione delle classi di età, mostra un incremento marcato dopo i 55 anni per poi aumentare progressivamente negli anni successivi e raggiungere il picco tra i 75 e gli 84 anni per le donne (42,8%) e tra gli ultra 85enni per gli uomini (8,1%). L'analisi a livello regionale di prevalenza non consente di definire nessun gradiente geografico e le Regioni con la più alta prevalenza sono risultate Liguria, Campania, Puglia e Sicilia (11% sul totale della popolazione, oltre il 19% sul totale delle donne) (**Tabella 4.3.4a**).

La prevalenza d'uso delle terapie impiegate per l'osteoporosi è stata calcolata all'interno della popolazione di pazienti con diagnosi di questa patologia. I farmaci maggiormente impiegati sono risultati i bifosfonati (16,9% da soli, 6,0% in combinazione), seguiti da denosumab (0,4%), raloxifene (0,2%), stronzio ranelato (0,3%) e teriparatide (0,3%) (**Tabella 4.3.4b**).

Tabella 4.3.4a Prevalenza (%) di Osteoporosi al 31/12/2014 nella popolazione attiva del campione dei 800 medici Health Search – IMS HEALTH LPD. Distribuzione per sesso, fasce di età e regione

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Fasce d'età						
15-24	20	0,0	39	0,1	59	0,1
25-34	79	0,1	157	0,2	236	0,2
35-44	163	0,2	672	0,7	835	0,4
45-54	390	0,4	5547	5,3	5937	2,9
55-64	846	1,0	19747	23,5	20593	12,5
65-74	1791	2,7	27052	37,8	28843	20,8
75-84	2339	5,6	24712	42,8	27051	27,1
>=85	1103	8,1	10699	37,1	11802	27,8
Regione						
Piemonte/Aosta	274	0,7	3850	9,8	4124	5,4
Liguria	253	1,5	3608	19,6	3861	11,1
Lombardia	883	1,0	10671	11,8	11554	6,5
Trentino/FVG	208	0,7	3857	11,9	4065	6,5
Veneto	397	1,0	5580	13,3	5977	7,4
Emilia Romagna	409	1,4	6001	17,6	6410	10,1
Toscana	322	1,2	3788	12,7	4110	7,1
Umbria	145	0,9	2358	13,4	2503	7,5
Marche	97	0,7	1625	11,8	1722	6,4
Lazio	566	1,4	8325	18,3	8891	10,5
Abruzzo/Molise	297	1,7	3202	17,2	3499	9,8
Campania	850	1,7	10507	19,4	11357	11,0
Puglia	701	1,8	8352	19,8	9053	11,0
Basilicata/Calabria	373	1,6	4436	17,6	4809	9,8
Sicilia	819	1,7	10052	19,6	10871	11,1
Sardegna	137	1,0	2413	16,6	2550	9,0
TOTALE	6731	1,3	88625	15,6	95356	8,7

Farmaco	N	%
Bifosfonati	15011	16,9
Bifosfonati in combinazione	5306	6,0
Denosumab	328	0,4
Raloxifene	134	0,2
Stronzio ranelato	261	0,3
Teriparatide	237	0,3

Tabella 4.3.4b

Prevalenza d'uso (%) di farmaci per l'osteoporosi nell'anno 2014, tra i pazienti con diagnosi di osteoporosi nell'anno 2013

Il parere del medico di medicina generale

Riflettere su questi dati è molto importante perché da un lato essi ci forniscono immediatamente la dimensione della problematica (8,7% della popolazione sopra i 14 anni), dall'altro evidenziano l'estrema variabilità del comportamento dei medici sia verso la diagnosi sia verso le scelte terapeutiche.

La variabilità riscontrabile nei dati nazionali aumenta ulteriormente se si effettuano osservazioni specifiche di piccoli gruppi di MMG. Infatti, uno studio condotto mediante la tecnica delle selezioni semplici multiple sui Millewin di 11 MMG operanti nella città di Senigallia e della città di Jesi (regione Marche) evidenzia l'estrema variabilità nella diagnosi e nella gestione dei soggetti affetti da osteoporosi (**Tabella 4.3.4c**).

Tabella 4.3.4c Analisi dei dati di 11 MMG della Regione Marche

	Paz. in archivio	Paz. con osteoporosi	Paz. con MOC	Paz. con osteoporosi e MOC	Paz con osteoporosi e farmaci M05B
	N	N (% sul tot)	N (% sul totale)	N (% sui pz. con osteoporosi)	N (% sui pz. con osteoporosi)
MEDICO 1	1713	123 (7,2%)	84 (4,9%)	72 (58,5%)	71 (57,7%)
MEDICO 2	1372	91 (6,6%)	74 (5,4%)	55 (60,4%)	57 (62,6%)
MEDICO 3	1693	145 (8,6%)	127 (7,5%)	118 (81,4%)	68 (46,9%)
MEDICO 4	1492	136 (9,1%)	116 (7,7%)	92 (67,6%)	69 (50,7%)
MEDICO 5	1500	125 (8,3%)	76 (5,1%)	75 (60,0%)	81 (64,8%)
MEDICO 6	1240	62 (5,1)	53 (4,3%)	51 (82,2%)	39 (62,9%)
MEDICO 7	2091	79 (3,8%)	57 (2,7%)	55 (69,6%)	58 (73,4%)
MEDICO 8	1473	80 (5,5%)	26 (1,8%)	26 (32,5%)	48 (60,0%)
MEDICO 9	1295	162 (9,6%)	130 (8,1%)	128 (79,0%)	67 (41,3%)
MEDICO 10	1664	52 (3,1%)	44 (2,7%)	43 (82,7%)	34 (65,4%)
MEDICO 11	1379	83 (6,0%)	81 (5,9)	74 (89,1%)	41 (49,5%)

Osservando i dati di questi 11 MMG, colpisce la differenza di prevalenza della patologia (da 3,1% a 9,6%), la diversa percentuale di MOC nelle schede dei pazienti che hanno avuto una diagnosi di osteoporosi (da 32,5% a 89,1%) e l'estrema variabilità circa la scelta

di prescrivere farmaci indicati specificatamente per l'osteoporosi.

Se nel dato nazionale di HS la percentuale di trattati nel 2014 è del 20% circa, nel piccolo campione degli 11 MMG analizzati questi raggiungono percentuali anche del 60%, come se si tendesse a classificare la osteoporosi solo quando si decide un trattamento.

In teoria, pur essendo possibile formulare una diagnosi di osteoporosi senza MOC, ciò non dovrebbe essere così frequente, come invece sembra emergere da questa analisi. Allo stesso modo è interessante indagare quanto la necessità di osservare i LEA influenzi il ricorso alla MOC e quale sia la dinamica della scelta di intraprendere o meno un trattamento farmacologico.

In questo tipo di analisi, specie quando i dati provengono da medici non tutti sufficientemente addestrati alla compilazione della cartella elettronica, non è mai chiaro se la variabilità osservata dipenda da carenze formative, dalla scarsa attitudine alla compilazione del dato o, ancora più in generale, da una scarsa attenzione al problema, specie nei riguardi della popolazione più anziana, dove si tende a considerare l'osteoporosi un fenomeno "parafisiologico".

Pertanto, le soluzioni a tutto ciò potrebbero risiedere da un lato nell'organizzare validi corsi di formazione sull'argomento e sulla corretta modalità di registrazione dei dati, dall'altro nell'utilizzo di tecnologie informatiche che permettano l'immissione automatica dell'esame diagnostico (MOC nella fattispecie) corredato da codifiche (Tscore e Zscore) identiche per tutti gli attori del sistema. Infatti, avere a disposizione un confronto tra dato strumentale alterato e presenza di una diagnosi appropriata in cartella dovrebbe consentire di governare meglio il problema e guidare la valutazione del MMG circa l'opportunità di iniziare una adeguata terapia.

A cura del Dott. Maurizio Marchionni

4.3.5 Epidemiologia e trattamento del tromboembolismo venoso in medicina generale

PANORAMA

Il tromboembolismo venoso (TEV) è la terza malattia cardiovascolare più comune nei paesi occidentali. Si stima che essa colpisca annualmente 1 caso ogni 1.000 abitanti. I quadri clinici principali del TEV sono la trombosi venosa profonda (TVP) e l'embolia polmonare (EP). Infatti, il TEV origina da una TVP, quando, all'interno di una vena profonda, generalmente del polpaccio, si forma un trombo. L'eventuale distacco di frammenti dal trombo può determinare la formazione di emboli che, tramite le vie venose, possono raggiungere le camere destre del cuore e fermarsi nel circolo polmonare determinando così l'EP che, in base alla percentuale di letto polmonare ostruito, può anche essere fatale.

Nell'ambito della medicina generale il problema principale che pone il TEV è quello di inviare a un centro ospedaliero con urgenza i pazienti per i quali si sospetta questa patologia. A tale proposito è opportuno impiegare strumenti validati (es. test di Wells) per stimare la probabilità di TVP e, quindi, la necessità di ulteriori test diagnostici. Tuttavia in diversi casi, ad esempio in presenza di pazienti anziani con multimorbilità, il giudizio clinico del medico di medicina generale (MMG) è l'unica strategia per individuare i soggetti a rischio. Inoltre, i test diagnostici impiegati per giungere a una diagnosi di TEV (ossia la determinazione del

D-dimero, il test ELISA -enzyme-linked immunosorbent assay, l'ecografia e la venografia) spesso non sono disponibili nell'ambito delle cure primarie; pertanto la competenza del MMG nel riconoscere i soggetti ad alto rischio per inviarli in urgenza a un centro ospedaliero rappresenta il punto cruciale del percorso diagnostico e assistenziale del paziente.

L'anticoagulazione rappresenta la terapia principale per la TVP e ha lo scopo di prevenire l'estensione del trombo e delle recidive, nonché dell'EP. L'inizio della terapia deve avvenire in maniera tempestiva, impiegando le eparine a basso peso molecolare o il fondaparinux. Raggiunta la certezza diagnostica, deve essere iniziata la terapia con anticoagulanti orali che rappresentano il cardine della terapia a lungo termine. La durata della terapia con questi farmaci deve essere stabilita in funzione della presenza di fattori di rischio reversibili (es. allettamento transitorio) o irreversibili (es. allettamento permanente, neoplasia non guaribile, ecc.). Infatti, per i pazienti al primo episodio di TVP secondario a fattori di rischio reversibili è raccomandato un periodo di anticoagulazione di 3 mesi; mentre, quando sono presenti fattori di rischio irreversibili, il trattamento dovrebbe essere proseguito per almeno 6-12 mesi o non deve essere mai interrotto. Infine, per pazienti con 2 episodi documentati di TVP è raccomandato un trattamento senza limiti di tempo, anche se il rapporto rischio/beneficio del trattamento anticoagulante deve essere periodicamente rivalutato.

In tale scenario appare evidente che il tromboembolismo venoso rappresenta un'importante sfida per la medicina generale ed è fondamentale conoscerne l'epidemiologia, impiegando i dati del database HS IMS Health, in modo da quantificare il suo impatto nella pratica clinica della medicina generale italiana.

COSTRUZIONE DEGLI INDICATORI

All'interno della popolazione attiva al 31/12/2014, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, e di età superiore ai 19 anni, sono stati selezionati i soggetti con diagnosi di tromboembolismo venoso e sono stati calcolati i seguenti indicatori.

La prevalenza (%) di patologia è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti (>19 anni) con una diagnosi di tromboembolismo venoso (ICD9CM: 451*, 415.1*) nel 2014;
- **[denominatore]** numero di individui >19 anni, presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2014.

L'incidenza (x1.000 giorni persona) di patologia è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti (>19 anni) con una nuova diagnosi di tromboembolismo venoso (ICD9CM: 451*, 415.1*) nel 2014;
- **[denominatore]** numero di giorni-persona nell'anno in cui la popolazione (>19 anni) è a rischio dell'evento.

La prevalenza (%) d'uso dei farmaci anticoagulanti orali è stata calcolata nel modo seguente:

- **[numeratore]** numero di soggetti (>19 anni) con almeno una prescrizione di warfarin (ATC: B01AA03) o acenocumarolo (B01AA07) nel 2014;
- **[denominatore]** numero di individui (>19 anni) con diagnosi di tromboembolismo venoso (ICD9CM: 451*, 415.1*) nel 2013.

Tutte le analisi sono state stratificate per sesso ed età.

RISULTATI DELL'ANALISI

A partire dalla popolazione di 1.077.625 assistiti (>19 anni) degli 800 MMG ricercatori HS al 31/12/2014, sono stati identificati 30.530 soggetti con una diagnosi di tromboembolismo venoso, corrispondenti a una prevalenza del 2,83%. Le stime di prevalenze sono risultate più elevate nelle donne rispetto agli uomini (3,74% vs. 1,83%). L'analisi della prevalenza per classi di età mostra un incremento all'aumentare dell'età, raggiungendo il picco tra gli ultra 90enni (10,09%) **(Tabella 4.3.5a)**.

L'incidenza di TEV è risultata pari a 2,62 x1.000 giorni-persona, con valori maggiori per le donne rispetto agli uomini (3,27 vs. 1,90 x 1.000). Analizzando l'incidenza per le fasce d'età, si osserva un incremento in particolare dopo i 70 anni, sia per i maschi sia per le femmine, raggiungendo il valore massimo dopo gli 80 anni **(Tabella 4.3.5b)**.

L'analisi della prevalenza d'uso di farmaci anticoagulanti orali mostra che il 9,9% dei pazienti con una diagnosi registrata di TEV ha una prescrizione di anticoagulanti orali (warfarin o acenocumarolo) fatta dal MMG. Tale quota è maggiore tra gli uomini rispetto alle donne (13,41% vs. 8,36%). Inoltre, all'aumentare dell'età aumenta la quota di pazienti con una prescrizione di anticoagulante orale, fino all'età di 90 anni dove si raggiunge la prevalenza d'uso massima (16,26%). Mentre, tra gli ultra 90enni si assiste a un calo della quota di pazienti che riceve tali farmaci **(Tabella 4.3.5c)**.

Tabella 4.3.5a Prevalenza (%) di Tromboembolismo Venoso al 31/12/2014 nella popolazione attiva del campione dei 800 medici Health Search – IMS HEALTH LPD. Distribuzione per sesso e fasce di età

Fasce d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
20-50	1490	0,57	3058	1,15	4548	0,86
51-70	3507	2,12	6631	3,79	10138	2,98
71-80	2409	4,31	5397	7,97	7806	6,31
81-90	1697	6,33	5017	10,90	6714	9,22
>90	274	7,52	1050	11,08	1324	10,09
TOTALE	9377	1,83	21153	3,74	30530	2,83

Tabella 4.3.5b Incidenza (x1000 giorni persona) di Tromboembolismo Venoso al 31/12/2014 nella popolazione attiva del campione dei 800 medici Health Search – IMS HEALTH LPD. Distribuzione per sesso e fasce di età

Fasce d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	x1000	N	x1000	N	x1000
20-50	165	0,64	303	1,17	468	0,91
51-70	354	2,21	586	3,46	940	2,85
71-80	252	4,78	457	7,02	709	6,02
81-90	167	7,00	407	9,82	574	8,79
>90	0	0,00	2	4,57	2	3,46
TOTALE	938	1,90	1755	3,27	2693	2,62

Tabella 4.3.5c Prevalenza d'uso di anticoagulanti orali al 31/12/2014 nei pazienti con diagnosi di Tromboembolismo Venoso nel 2013 del campione dei 800 medici Health Search – IMS HEALTH. Distribuzione per sesso e fasce di età

Fasce d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
20-50	57	4,27	66	2,4	123	3,01
51-70	321	10,36	237	4,05	558	6,23
71-80	358	17,80	536	11,50	894	13,40
81-90	303	22,26	592	14,29	895	16,26
>90	35	17,33	88	11,47	123	12,69
TOTALE	1074	13,41	1519	8,36	2593	9,90

Il parere del medico di medicina generale

Dai dati sopra esposti è evidente l'importante ruolo che il MMG ricopre sia nella diagnosi che nella terapia del tromboembolismo venoso. Al MMG viene richiesta tempestività nell'ipotesi diagnostica e nel primo intervento terapeutico. Egli è, inoltre, in grado, conosciuti i fattori di rischio (fattori ereditari, fattori acquisiti e cause predisponenti), di identificare i pazienti che potenzialmente potrebbero andare incontro a tromboembolismo e, quindi, anticipare il possibile evento. In Medicina Generale il problema non è quello di giungere ad una diagnosi di certezza, ma di selezionare i pazienti da inviare con urgenza in ospedale per eseguire gli opportuni accertamenti.

Le Linee Guida raccomandano di utilizzare strumenti validati per stimare la probabilità di TVP e, quindi, la necessità di ulteriori test; il livello di probabilità pre-test, come sempre, deve essere poi integrato nell'interpretazione dei test stessi. Nel bagaglio professionale non possono mancare la conoscenza dello Score di Wells per il sospetto clinico di TVP (Jama 1998; 279: 1094-9), del regolo di Wells (CMAJ 2006; 175(9): 1087-92). Negli ultimi tempi sta sempre di più trovando interesse la Compression Ultrasonography (CUS). L'esame consiste nel verificare la completa compressibilità dell'asse venoso a livello inguinale e a livello

popliteo. Può essere eseguito in pochi minuti, senza richiedere una grande esperienza in ecografia vascolare, al contrario della valutazione ecocolordoppler completa che richiede personale qualificato e tempi di esecuzione decisamente superiori. L'assenza di rischi per il paziente, la semplicità di esecuzione, i costi limitati e la discreta accessibilità rendono l'ecografia compressiva particolarmente utile per la diagnosi del tromboembolismo venoso e, recentemente, è stato dimostrato che i MMG, adeguatamente addestrati nel campo dell'ultrasonografia, possono eseguire ecografie affidabili per aumentare la rapidità e migliorare la qualità della gestione clinica.

Nel trattamento della trombosi venosa profonda e dell'embolia polmonare si deve utilizzare eparine a basso peso molecolare. Nel trattamento dell'embolia polmonare è ugualmente efficace l'eparina non frazionata. Seguendo le Linee Guida Annals of Internal Medicine 2007, il trattamento del tromboembolismo può anche essere effettuato a domicilio, purché il paziente non abbia avuto precedenti episodi tromboembolici, non abbia importante comorbidità e non sia affetto da condizioni trombofiliche. Il tromboembolismo venoso causato da fattori di rischio transitori deve essere trattato per 3-6 mesi; il tromboembolismo ricorrente per almeno 12 mesi; il tromboembolismo idiopatico per almeno 4 anni. La terapia a lungo termine con eparine a basso peso molecolare è efficace forse più del warfarin, soprattutto nei pazienti affetti da cancro o in quelli in cui il monitoraggio dell'INR è difficoltoso.

A cura del Dott. Renato Tulino

APPENDICE 1. VALIDAZIONE DEL DATABASE

CALCOLO INDICE ITOT

Il processo di selezione del campione di medici con qualità di registrazione dei dati che risponda ai requisiti HS prevede un'analisi su tutto il database Health Search-CSD LPD al fine di individuare per ogni medico un punteggio (ITOT), ottenuto attraverso un preciso algoritmo di calcolo, che permetta di isolarne i più performanti.

Per il calcolo dell'indice ITOT vengono selezionati esclusivamente i medici che presentano una registrazione costante dei dati, ovvero coloro che nel loro database riportano un numero di pazienti/anno maggiore di 10 in ognuno degli anni presi in analisi (2001-2014).

L'indice ITOT, formula [1], è una media pesata rispetto al numero di contatti anno (CA) dell'indice finale (IFIN), formula [2]:

$$ITOT = \frac{\sum_{i=2001}^{2011} CA_i * IFIN_i}{\sum_{i=2001}^{2011} CA_i} \quad [1]$$

Un medico ricercatore HS rientra nel campione dei "validati" se il suo punteggio (ITOT) è maggiore di una certa soglia.

L'indice finale (IFIN) raccoglie le informazioni presenti nel database dal 01 gennaio 1996 al 31 dicembre dell'anno per cui viene calcolato (tale anno varia dal 2001 al 2014). L'indice IFIN è il complementare dell'indice IF:

$$IFIN = 1 - IF \quad [2]$$

IF è una media pesata di 5 indici ognuno dei quali, come spiegato in seguito, rileva un aspetto diverso della completezza, della stabilità e della correttezza di registrazione del dato da parte del medico:

$$IF = 0,4 * (ICFIN) + 0,15 * IVST + 0,25 * S + 0,1 * IM + 0,1 * (ICPCFIN) \quad [3]$$

CALCOLO INDICE ICFIN

ICFIN è un indice di completezza ed è dato dal complementare dell'indice IC:

$$ICFIN = 1 - IC \quad [4]$$

Per definire l'indice IC occorre calcolare i seguenti rapporti per ogni medico:

rapporto tra i pazienti con dato di fumo, peso, altezza ed il totale degli assistiti (FPA);

- peso assistiti¹⁰ (PAss);
- rapporto tra terapie associate a problema e terapie totali (TAP);
- peso terapie¹¹ (PTer);
- rapporto tra problemi codificati e problemi totali (PC);
- peso problemi¹² (PPr);
- rapporto di accertamenti con valore associato (AVA);
- peso accertamenti¹³ (PAcc).

L'indice IC è dato dalla media pesata dei rapporti sopra elencati:

$$IC = 0.35*(FPA)*(PAss) + 0.25*(TAP)*(PTer) + 0.20*(PC)*(PPr) + 0.20*(AVA)*(PAcc) \quad [5]$$

tanto maggiore è IC tanto migliore si presume essere il lavoro di registrazione del medico.

10 E' pari all'unità se il numero di assistiti del medico supera la mediana calcolata sul numero di assistiti di ogni medico, in caso contrario è pari al rapporto tra numero di assistiti del medico e la mediana sul numero di assistiti di ogni medico.

11 E' pari all'unità se il numero di terapie totali prescritte dal medico nell'anno supera la mediana calcolata sul numero di terapie totali di ogni medico, in caso contrario è pari al rapporto tra numero di terapie totali del medico e la mediana sul numero di terapie totali di ogni medico.

12 E' pari all'unità se il numero di problemi totali diagnosticati dal medico nell'anno supera la mediana calcolata sul numero di problemi totali di ogni medico, in caso contrario è pari al rapporto tra numero di problemi totali del medico e la mediana sul numero di problemi totali di ogni medico.

13 E' pari all'unità se il numero di accertamenti totali del medico supera la mediana calcolata sul numero di accertamenti totali di ogni medico, in caso contrario è pari al rapporto tra numero di accertamenti totali del medico e la mediana sul numero di accertamenti totali di ogni medico.

CALCOLO INDICE IVST

IVST è un indice di stabilità ed è dato dallo scostamento del valore medio di contatti giornalieri registrati dal medico rispetto a quello generale del database HS-CSD LPD.

Per il calcolo di questo indice viene utilizzato un ulteriore parametro dato dal numero medio di contatti/die standardizzati (VDS) calcolato nel seguente modo:

$$VDS_{med} = mvdie_{med} * (ma_{dB} / ma_{med}) \quad [6]$$

dove:

- $mvdie_{med}$ è il numero medio di contatti/die nell'anno di riferimento;
- ma_{dB} è il numero medio di assistiti presenti nel database;
- ma_{med} è il numero di assistiti del medico.

L'indice IVST è dato da:

$$IVST = \frac{|VDS_{med} - mnvdie_{dB}|}{MVDS_{dB}} \quad [7]$$

dove:

- VDS_{med} VSD del medico;
- $mnvdie_{dB}$ è la mediana del numero di visite giornaliere tra tutti i medici;
- $MVDS_{dB}$ è il massimo valore VDS tra tutti i medici.

CALCOLO INDICE S

S è un indice di correttezza ed è una media pesata degli scostamenti delle prevalenze rispetto alle prevalenze medie delle patologie sotto elencate calcolate sull'intero database HS-CSD LPD.

Le prevalenze considerate per il calcolo di S sono quelle riferite alle seguenti patologie:

- Ipertensione;
- Depressione;
- BPCO;
- Diabete;
- Ulcera.

A partire dalle prevalenze di cui sopra viene calcolata sia la media aritmetica (rispettivamente m_i , m_{dep} , m_b , m_{dia} , m_u) sia il valore massimo (rispettivamente M_i , M_{dep} , M_b , M_{dia} , M_u) delle prevalenze di ogni patologia considerata tra tutti i medici. Per ciascun medico si calcolano poi i seguenti rapporti:

$$\begin{aligned}
 s_i &= \frac{|p_i - m_i|}{M_i} & s_{dep} &= \frac{|p_{dep} - m_{dep}|}{M_{dep}} \\
 s_b &= \frac{|p_b - m_b|}{M_b} & s_{dia} &= \frac{|p_{dia} - m_{dia}|}{M_{dia}} \\
 s_u &= \frac{|p_u - m_u|}{M_u}
 \end{aligned} \tag{8}$$

dove con p si indicano le prevalenze delle patologie considerate per ogni medico. L'indice S è dato da:

$$S = 0.20*s_i + 0.20*s_{dep} + 0.20*s_b + 0.20*s_{dia} + 0.20*s_u \tag{9}$$

tanto minore è S tanto migliore si presume essere il lavoro di registrazione dei dati da parte del medico.

CALCOLO INDICE IM

IM è un indice di correttezza ed è dato dallo scostamento dell'indice di mortalità calcolato sul database del medico rispetto all'indice di mortalità dell'ISTAT.

L'indice IM è dato da:

$$IM = \frac{|d_{med} - d_{ISTAT}|}{D_{HS}} \tag{10}$$

dove:

- d_{med} è l'indice di mortalità del medico;
- d_{ISTAT} è l'indice di mortalità ISTAT;
- D_{HS} è il massimo indice di mortalità tra tutti i medici.

L'indice IM indica l'attenzione alla costanza di aggiornamento del proprio database.

CALCOLO INDICE ICPCFIN

ICPCFIN è un indice di completezza ed è dato dal complementare dell'indice ICPC:

$$ICPCFIN = 1 - ICPC \quad [11]$$

Per definire l'indice ICPC occorre calcolare i seguenti rapporti per ogni medico:

- Rapporto di pazienti con dato di pressione registrato sul totale degli assistiti (PR);
- Rapporto di pazienti con dato di colesterolo sul totale degli assistiti (COL);
- Peso contatti totali nell'anno¹⁴ (PCon).

Dalla media dei valori descritti sopra si ricava:

$$ICPC = (0.5 * PR + 0.5 * COL) * PCon \quad [12]$$

tanto maggiore è ICPC tanto migliore si presume essere il lavoro di registrazione del medico.

¹⁴ E' pari all'unità se il numero di contatti totali nell'anno del medico supera la mediana calcolata sul numero di contatti totali nell'anno di ogni medico, in caso contrario è pari al rapporto tra numero di contatti totali nell'anno del medico e la mediana sul numero di contatti totali nell'anno di ogni medico.

APPENDICE 2. PUBBLICAZIONI HS

ARTICOLI SU RIVISTE INDICIZZATE IN PUBMED

1. Tocci G, Nati G, Cricelli C, Parretti D, Lapi F, Ferrucci A, Borghi C, Volpe M. Prevalence and Control of Hypertension in Different Macro-Areas in Italy: Analysis of a Large Database by the General Practice. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2016 Oct 8. [in press]
2. Tocci G, Nati G, Cricelli C, Parretti D, Lapi F, Ferrucci A, Borghi C, Volpe M. Prevalence and control of hypertension in the general practice in Italy: updated analysis of a large database. *J Hum Hypertens*. 2016 Sep 15. [in press]
3. Arfè A, Nicotra F, Ghirardi A, Simonetti M, Lapi F, Sturkenboom M, Corrao G. A probabilistic bias analysis for misclassified categorical exposures, with application to oral anti-hyperglycaemic drugs. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2016 Sep 4. [in press]
4. Roberto G, Leal I, Sattar N, Loomis AK, Avillach P, Egger P, van Wijngaarden R, Ansell D, Reisberg S, Tammesoo ML, Alavere H, Pasqua A, Pedersen L, Cunningham J, Tramon-tan L, Mayer MA, Herings R, Coloma P, Lapi F, Sturkenboom M, van der Lei J, Schuemie MJ, Rijnbeek P, Gini R. Identifying Cases of Type 2 Diabetes in Heterogeneous Data Sources: Strategy from the EMIF Project. *PLoS One*. 2016 Aug 31;11(8):e0160648.
5. Castellini G, Pecchioli S, Cricelli I, Mazzoleni F, Cricelli C, Ricca V, Hudziak JJ, Brignoli O, Lapi F. How to early recognize mood disorders in primary care: A nationwide, population-based, cohort study. *Eur Psychiatry*. 2016 Aug 25;37:63-69.
6. Guglielmi V, Bellia A, Pecchioli S, Medea G, Parretti D, Lauro D, Sbraccia P, Federici M, Cricelli I, Cricelli C, Lapi F. What is the actual epidemiology of familial hypercholesterolemia in Italy? Evidence from a National Primary Care Database. *Int J Cardiol*. 2016 Aug 17;223:701-705.
7. Pupillo E, Cricelli C, Mazzoleni F, Cricelli I, Pasqua A, Pecchioli S, Lapi F, Beghi E. Epidemiology of Parkinson's Disease: A Population-Based Study in Primary Care in Italy. *Neuroepidemiology*. 2016;47(1):38-45
8. Vena GA, Cassano N, Pegoraro V, Cataldo N, Heiman F, Cricelli I, Colombo D, Zagni E, Cricelli C, Lapi F. Medication patterns in chronic spontaneous urticaria: results from a nationwide investigation in the primary care setting in Italy. *G Ital Dermatol Venereol*. 2016 Jun 1. [in press]
9. Battaggia A, Lora Aprile P, Cricelli I, Fornasari D, Fanelli A, Cricelli C, Lapi F. Paracetamol: a probably still safe drug. *Ann Rheum Dis*. 2016 Sep;75(9):e57.
10. Levi M, Rosselli M, Simonetti M, Brignoli O, Cancian M, Masotti A, Pegoraro V, Cataldo N, Heiman F, Chelo M, Cricelli I, Cricelli C, Lapi F. Epidemiology of iron deficiency anaemia in four European countries: a population-based study in primary care. *Eur J Haematol*. 2016 May 7 [in press]
11. Levi M, Pasqua A, Cricelli I, Cricelli C, Piccinni C, Parretti D, Lapi F. Patient Adherence to Olmesartan/Amlodipine Combinations: Fixed Versus Extemporaneous Combinations. *J Manag Care Spec Pharm*. 2016 Mar;22(3):255-62.
12. Lapi F, Levi M, Simonetti M, Cancian M, Parretti D, Cricelli I, Sobrero A, Cricelli C. Risk of prostate cancer in low-dose aspirin users: A retrospective cohort study. *Int J Cancer*. 2016 Jul 1;139(1):205-11.

13. Lapi F, Cassano N, Pegoraro V, Cataldo N, Heiman F, Cricelli I, Levi M, Colombo D, Zagni E, Cricelli C, Vena GA. Epidemiology of chronic spontaneous urticaria: results from a nationwide, population-based study in Italy. *Br J Dermatol*. 2016 May;174(5):996-1004.
14. Lapi F, Cricelli I, Simonetti M, Colombo D, Nica M. Clinical and Economic Impact of Chronic Heart Failure in General Practice: Analysis of 13.633 Patients. *Value Health*. 2015 Nov;18(7):A374.
15. Roberto G, Simonetti M, Piccinni C, Lora Aprile P, Cricelli I, Fanelli A, Cricelli C, Lapi F. Risk of Acute Cerebrovascular and Cardiovascular Events Among Users of Acetaminophen or an Acetaminophen-Codeine Combination in a Cohort of Patients with Osteoarthritis: A Nested Case-Control Study. *Pharmacotherapy*. 2015 Oct;35(10):899-909.
16. Lapi F, Bianchini E, Cricelli I, Trifirò G, Mazzaglia G, Cricelli C. Development and Validation of a Score for Adjusting Health Care Costs in General Practice. *Value Health*. 2015 Sep;18(6):884-95.
17. Roberto G, Simonetti M, Cricelli C, Cricelli I, Giustini SE, Parretti D, Lapi F. Concurrent Use of Low-Dose Aspirin and Omega-3 Fatty Acids and Risk of Upper Gastrointestinal Complications: A Cohort Study with Nested Case-Control Analysis. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2016 Feb;118(2):136-42.
18. Lapi F, Piccinni C, Simonetti M, Levi M, Lora Aprile P, Cricelli I, Cricelli C, Fanelli A. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of cerebrovascular events in patients with osteoarthritis: a nested case-control study. *Intern Emerg Med*. 2016 Feb;11(1):49-59.
19. Herrera L, Leal I, Lapi F, Schuemie M, Arcoraci V, Cipriani F, Sessa E, Vaccheri A, Piccinni C, Staniscia T, Vestri A, Di Bari M, Corrao G, Zambon A, Gregori D, Carle F, Sturkenboom M, Mazzaglia G, Trifiro G. Risk of atrial fibrillation among bisphosphonate users: a multicenter, population-based, Italian study. *Osteoporos Int*. 2015 May;26(5):1499-506.
20. Mantarro S, Capogrosso-Sansone A, Tuccori M, Blandizzi C, Montagnani S, Convertino I, Antonioli L, Fornai M, Cricelli I, Pecchioli S, Cricelli C, Lapi F. Allopurinol adherence among patients with gout: an Italian general practice database study. *Int J Clin Pract*. 2015 Jul;69(7):757-65.
21. Trifirò G, Parrino F, Sultana J, Giorgianni F, Ferrajolo C, Bianchini E, Medea G, Benvenga S, Cricelli I, Cricelli C, Lapi F. Drug interactions with levothyroxine therapy in patients with hypothyroidism: observational study in general practice. *Clin Drug Investig*. 2015 Mar;35(3):187-95.
22. Giussani G, Cricelli C, Mazzoleni F, Cricelli I, Pasqua A, Pecchioli S, Lapi F, Beghi E. Prevalence and incidence of epilepsy in Italy based on a nationwide database. *Neuroepidemiology*. 2014;43(3-4):228-32.
23. Heintjes E, Overbeek JA, Blin P, Hall GC, Lapi F, Prieto AD, Bezemer ID. Type 2 Diabetes Treatment Patterns Across Europe. *Value Health*. 2014 Nov;17(7):A359.
24. Filippi A, Giampaoli S, Lapi F, Mazzaglia G, Palmieri L, Pecchioli S, Brignoli O, Cricelli C, Simonetti M, Sessa E, Marchioli R. Global cardiovascular risk evaluation: pattern of algorithm use and risk modification in 'real life'. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2016 Aug;17(8):581-6.

25. Mazzaglia G, Piccinni C, Filippi A, Sini G, Lapi F, Sessa E, Cricelli I, Cutroneo P, Trifirò G, Cricelli C, Caputi AP. Effects of a computerized decision support system in improving pharmacological management in high-risk cardiovascular patients: A cluster-randomized open-label controlled trial. *Health Informatics J.* 2016 Jun;22(2):232-47.
26. Minutolo R, Lapi F, Chiodini P, Simonetti M, Bianchini E, Pecchioli S, Cricelli I, Cricelli C, Piccinocchi G, Conte G, De Nicola L. Risk of ESRD and death in patients with CKD not referred to a nephrologist: a 7-year prospective study. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2014 Sep 5;9(9):1586-93. doi: 10.2215/CJN.10481013.
27. Valkhoff VE, Coloma PM, Masclee GM, Gini R, Innocenti F, Lapi F, Molokhia M, Mosseveld M, Nielsson MS, Schuemie M, Thiessard F, van der Lei J, Sturkenboom MC, Trifirò G; EU-ADR Consortium. Validation study in four health-care databases: upper gastrointestinal bleeding misclassification affects precision but not magnitude of drug-related upper gastrointestinal bleeding risk. *J Clin Epidemiol.* 2014 Aug;67(8):921-31
28. Prezioso D, Illiano E, Piccinocchi G, Cricelli C, Piccinocchi R, Saita A, Micheli C, Trinchieri A. Urolithiasis in Italy: An epidemiological study. *Arch Ital Urol Androl.* 2014 Jun 30;86(2):99-102.
29. Ravera M, Cannavò R, Noberasco G, Guasconi A, Cabib U, Pieracci L, Pegoraro V, Brignoli O, Cricelli C, Deferrari G, Paoletti E. High performance of a risk calculator that includes renal function in predicting mortality of hypertensive patients in clinical application. *J Hypertens.* 2014 Jun;32(6):1245-54.
30. Sultana J, Italiano D, Spina E, Cricelli C, Lapi F, Pecchioli S, Gambassi G, Trifirò G. Changes in the prescribing pattern of antidepressant drugs in elderly patients: an Italian, nationwide, population-based study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2014 Apr;70(4):469-78.
31. Gini R, Schuemie MJ, Francesconi P, Lapi F, Cricelli I, Pasqua A, Gallina P, Donato D, Brugaletta S, Donatini A, Marini A, Cricelli C, Damiani G, Bellentani M, van der Lei J, Sturkenboom MC, Klazinga NS. Can Italian healthcare administrative databases be used to compare regions with respect to compliance with standards of care for chronic diseases? *PLoS One.* 2014 May 9;9(5):e95419.
32. Sterrantino C, Trifirò G, Lapi F, Pasqua A, Mazzaglia G, Piccinni C, Cricelli C, Rossi A, Blasi F. Burden of community-acquired pneumonia in Italian general practice. *Eur Respir J.* 2013 Dec;42(6):1739-42.
33. Ferrajolo C, Verhamme KM, Trifirò G, 't Jong GW, Giaquinto C, Picelli G, Oteri A, de Bie S, Valkhoff VE, Schuemie MJ, Mazzaglia G, Cricelli C, Rossi F, Capuano A, Sturkenboom MC. Idiopathic acute liver injury in paediatric outpatients: incidence and signal detection in two European countries. *Drug Saf.* 2013 Oct;36(10):1007-16.
34. Cricelli I, Lapi F, Montalbano C, Medea G, Cricelli C. Mille general practice governance (MilleGPG): an interactive tool to address an effective quality of care through the Italian general practice network. *Prim Health Care Res Dev.* 2013 Oct;14(4):409-12.
35. Cazzola M, Calzetta L, Lauro D, Bettoncelli G, Cricelli C, Di Daniele N, Rogliani P. Asthma and COPD in an Italian adult population: role of BMI considering the smoking habit. *Respir Med.* 2013 Sep;107(9):1417-22.
36. Ravera M, Noberasco G, Signori A, Re M, Filippi A, Cannavò R, Weiss U, Cricelli C, Deferrari G, Paoletti E. Left-ventricular hypertrophy and renal outcome in hypertensive patients in primary-care. *Am J Hypertens.* 2013 May;26(5):700-7.

37. Trifirò G, Morabito P, Cavagna L, Ferrajolo C, Pecchioli S, Simonetti M, Bianchini E, Meadea G, Cricelli C, Caputi AP, Mazzaglia G. Epidemiology of gout and hyperuricaemia in Italy during the years 2005-2009: a nationwide population-based study. *Ann Rheum Dis.* 2013 May;72(5):694-700.
38. Gini R, Francesconi, Mazzaglia G, Cricelli I, Pasqua A, Gallina P, Brugaletta S, Donato D, Donatini A, Marini A, Zocchetti C, Cricelli C, Damiani G, Bellentani M, Sturkenboom MC, Schuemie MJ. Chronic disease prevalence from Italian administrative databases in the VALORE project: a validation through comparison of population estimates with general practice databases and national survey. *BMC Public Health.* 2013 Jan 9;13:15.
39. Schuemie MJ, Coloma PM, Straatman H, Herings RM, Trifirò G, Matthews JN, Prieto-Merino D, Molokhia M, Pedersen L, Gini R, Innocenti F, Mazzaglia G, Picelli G, Scotti L, van der Lei J, Sturkenboom MC. Using Electronic Health Care Records for Drug Safety Signal Detection: A Comparative Evaluation of Statistical Methods. *Med Care.* 2012 Aug 26.
40. Valkhoff VE, van Soest EM, Masclee GM, de Bie S, Mazzaglia G, Molokhia M, Kuipers EJ, Sturkenboom MC. Prescription of nonselective NSAIDs, coxibs and gastroprotective agents in the era of rofecoxib withdrawal - a 617 400-patient study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2012 Aug 28.
41. Aguglia E, Ravasio R, Simonetti M, Pecchioli S, Mazzoleni F. Use and treatment modalities for SSRI and SNRI antidepressants in Italy during the period 2003-2009. *Curr Med Res Opin.* 2012 Jul 19.
42. Trifirò G, Morabito P, Cavagna L, Ferrajolo C, Pecchioli S, Simonetti M, Bianchini E, Meadea G, Cricelli C, Caputi AP, Mazzaglia G. Epidemiology of gout and hyperuricaemia in Italy during the years 2005-2009: a nationwide population-based study. *Ann Rheum Dis.* 2012 Jun 26.
43. Valkhoff VE, van Soest EM, Mazzaglia G, Molokhia M, Schade R, Trifiro G, Goldstein JL, Hernandez-Diaz S, Kuipers EJ, Sturkenboom MC. Adherence to gastroprotection during cyclooxygenase 2 inhibitor treatment and the risk of upper gastrointestinal tract events: A population-based study. *Arthritis Rheum.* 2012 Aug;64(8):2792-802.
44. Coloma PM, Trifirò G, Schuemie MJ, Gini R, Herings R, Hippisley-Cox J, Mazzaglia G, Picelli G, Corrao G, Pedersen L, van der Lei J, Sturkenboom M; EU-ADR Consortium. Electronic healthcare databases for active drug safety surveillance: is there enough leverage? *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2012 Jun;21(6):611-21.
45. Trifirò G, Mokhles MM, Dieleman JP, van Soest EM, Verhamme K, Mazzaglia G, Herings R, de Luise C, Ross D, Brusselle G, Colao A, Haverkamp W, Schade R, van Camp G, Zanettini R, Sturkenboom MC. Risk of cardiac valve regurgitation with dopamine agonist use in Parkinson's disease and hyperprolactinaemia: a multi-country, nested case-control study. *Drug Saf.* 2012 Feb 1;35(2):159-71.
46. Mokhles MM, Trifirò G, Dieleman JP, Haag MD, van Soest EM, Verhamme KM, Mazzaglia G, Herings R, Luise Cd, Ross D, Brusselle G, Colao A, Haverkamp W, Schade R, Camp Gv, Zanettini R, Sturkenboom MC. The risk of new onset heart failure associated with dopamine agonist use in Parkinson's disease. *PharmacolRes.* 2012 Mar;65(3):358-64.

47. Lapi F, Simonetti M, Michieli R, Pasqua A, Brandi ML, Frediani B, Cricelli C, Mazzaglia G. Assessing 5-year incidence rates and determinants of osteoporotic fractures in primary care. *Bone*. 2012 Jan;50(1):85-90.
48. Cazzola M, Calzetta L, Bettoncelli G, Cricelli C, Romeo F, Matera MG, Rogliani P. Cardiovascular disease in asthma and COPD: a population-based retrospective cross-sectional study. *Respir Med*. 2012 Feb;106(2):249-56.
49. Van Soest EM, Valkhoff VE, Mazzaglia G, Schade R, Molokhia M, Goldstein JL, Hernández-Díaz S, Trifirò G, Dieleman JP, Kuipers EJ, Sturkenboom MC. Suboptimal gastroprotective coverage of NSAID use and the risk of upper gastrointestinal bleeding and ulcers: an observational study using three European databases. *Gut*. 2011 Dec;60(12):1650-9. Epub 2011 Jun 2.
50. Trifirò G, Patadia V, Schuemie MJ, Coloma PM, Gini R, Herings R, Hippisley-Cox J, Mazzaglia G, Giaquinto C, Scotti L, Pedersen L, Avillach P, Sturkenboom MC, van der Lei J, Eu-ADR Group. EU-ADR healthcare database network vs. spontaneous reporting system database: preliminary comparison of signal detection. *Stud Health Technol Inform*. 2011;166:25-30.
51. Parabiaghi A, Franchi C, Tettamanti M, Barbato A, D'Avanzo B, Fortino I, Bortolotti A, Merlino L, Nobili A. Antidepressants utilization among elderly in Lombardy from 2000 to 2007: dispensing trends and appropriateness. *Eur J Clin Pharmacol*. 2011 Oct;67(10):1077-83. Epub 2011 May 7.
52. Filippi A, Bianchi C, Parazzini F, Cricelli C, Sessa E, Mazzaglia G. A national survey on aspirin patterns of use and persistence in community outpatients in Italy. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2011 Oct;18(5):695-703. Epub 2011 Mar 1.
53. Cazzola M, Segreti A, Bettoncelli G, Calzetta L, Cricelli C, Pasqua F, Rogliani P. Change in asthma and COPD prescribing by Italian general practitioners between 2006 and 2008. *Prim Care Respir J*. 2011 Sep;20(3):291-8.
54. Cazzola M, Calzetta L, Bettoncelli G, Novelli L, Cricelli C, Rogliani P. Asthma and comorbid medical illness. *Eur Respir J*. 2011 Jul;38(1):42-9.
55. Ravera M, Noberasco G, Weiss U, Re M, Gallina AM, Filippi A, Cannavò R, Ravera G, Cricelli C, Deferrari G. CKD awareness and blood pressure control in the primary care hypertensive population. *Am J Kidney Dis*. 2011 Jan;57(1):71-7. Epub 2010 Nov 17.
56. Cazzola M, Puxeddu E, Bettoncelli G, Novelli L, Segreti A, Cricelli C, Calzetta L. The prevalence of asthma and COPD in Italy: a practice-based study. *Respir Med*. 2011 Mar;105(3):386-91. Epub 2010 Oct 15.
57. Coloma PM, Schuemie MJ, Trifirò G, Gini R, Herings R, Hippisley-Cox J, Mazzaglia G, Giaquinto C, Corrao G, Pedersen L, van der Lei J, Sturkenboom M; EU-ADR Consortium. Combining electronic healthcare databases in Europe to allow for large-scale drug safety monitoring: the EU-ADR Project. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf*. 2011 Jan;20(1):1-11. doi: 10.1002/pds.2053. Epub 2010 Nov 8.
58. Cimminiello C, Filippi A, Mazzaglia G, Pecchioli S, Arpaia G, Cricelli C. Venous thromboembolism in medical patients treated in the setting of primary care: a nationwide case-control study in Italy. *Thromb Res*. 2010 Nov;126(5):367-72. Epub 2010 Aug 14.

59. Vena GA, Altomare G, Ayala F, Berardesca E, Calzavara-Pinton P, Chimenti S, Giannetti A, Girolomoni G, Lotti T, Martini P, Mazzaglia G, Peserico A, Pugliesi Guerra A, Sini G, Cassano N, Cricelli C. Incidence of psoriasis and association with comorbidities in Italy: A 5-year observational study from a national primary care database. *Eur J Dermatol*. 2010;20:593-598.
60. Avillach P, Joubert M, Thiessard F, Trifirò G, Dufour JC, Pariente A, Mougin F, Polimeni G, Catania MA, Giaquinto C, Mazzaglia G, Fornari C, Herings R, Gini R, Hippisley-Cox J, Molokhia M, Pedersen L, Fourrier-Réglat A, Sturkenboom M, Fieschi M. Design and evaluation of a semantic approach for the homogeneous identification of events in eight patient databases: a contribution to the European EU-ADR project. *Stud Health Technol Inform*. 2010;160:1085-9.
61. D'Ambrosio GG, Campo S, Cancian M, Pecchioli S, Mazzaglia G. Opportunistic prostate-specific antigen screening in Italy: 6 years of monitoring from the Italian general practice database. *Eur J Cancer Prev*. 2010;19:413-6.
62. Mazzaglia G, Filippi A, Alacqua M, Cowell W, Shakespeare A, Mantovani LG, Bianchi C, Cricelli C. A national survey of the management of atrial fibrillation with antithrombotic drugs in Italian primary care. *Thromb Haemost*. 2010;103:968-75.
63. Cazzola M, Bettoncelli G, Sessa E, Cricelli C, Biscione G. Prevalence of comorbidities in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration*. 2010;80:112-9.
64. Trifirò G, Sini G, Sturkenboom MC, Vanacore N, Mazzaglia G, Caputi AP, Cricelli C, Brignoli O, Aguglia E, Biggio G, Samani F. Prescribing pattern of antipsychotic drugs in the Italian general population 2000-2005: a focus on elderly with dementia. *Int Clin Psychopharmacol*. 2010;25:22-8.
65. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino V, Borghi C, Brignoli O, Caputi AP, Cricelli C, Mantovani LG. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation*. 2009;120:1598-605.
66. Avillach P, Mougin F, Joubert M, Thiessard F, Pariente A, Dufour JC, Trifirò G, Polimeni G, Catania MA, Giaquinto C, Mazzaglia G, Baio G, Herings R, Gini R, Hippisley-Cox J, Molokhia M, Pedersen L, Fourrier-Réglat A, Sturkenboom M, Fieschi M. A semantic approach for the homogeneous identification of events in eight patient databases: a contribution to the European eu-ADR project. *Stud Health Technol Inform*. 2009;150:190-4.
67. Filippi A, D'Ambrosio G, Giustini SE, Pecchioli S, Mazzaglia G, Cricelli C. Pharmacological treatment after acute myocardial infarction from 2001 to 2006: a survey in Italian primary care. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2009;10:714-8.
68. Sacchetti E, Turrina C, Cesana B, Mazzaglia G. Timing of stroke in elderly people exposed to typical and atypical antipsychotics: a replication cohort study after the paper of Kleijer, et al. *J Psychopharmacol*. 2010;24:1131-2.
69. Filippi A, Paolini I, Innocenti F, Mazzaglia G, Battaggia A, Brignoli O. Blood pressure control and drug therapy in patients with diagnosed hypertension: a survey in Italian general practice. *J Hum Hypertens*. 2009;23:758-63.
70. Cazzola M, Bettoncelli G, Sessa E, Cricelli C. Primary care of the patient with chronic obstructive pulmonary disease in Italy. *Respir Med*. 2009;103:582-8.

71. Ravera M, Noberasco G, Re M, Filippi A, Gallina AM, Weiss U, Cannavò R, Ravera G, Cricelli C, Deferrari G. Chronic kidney disease and cardiovascular risk in hypertensive type 2 diabetics: a primary care perspective. *Nephrol Dial Transplant*. 2009;24:1528-33.
72. Sturkenboom MC, Dieleman JP, Picelli G, Mazzaglia G, Mozaffari E, Filippi A, Cricelli C, van der Lei J. Prevalence and treatment of hypertensive patients with multiple concomitant cardiovascular risk factors in The Netherlands and Italy. *J Hum Hypertens*. 2008;22:704-13.
73. Minutolo R, De Nicola L, Mazzaglia G, Postorino M, Cricelli C, Mantovani LG, Conte G, Cianciaruso B. Detection and Awareness of Moderate to Advanced CKD by Primary Care Practitioners: A Cross-sectional Study From Italy. *Am J Kidney Dis*. 2008;52:444-453.
74. Mazzaglia G, Yurgin N, Boye KS, Trifirò G, Cottrell S, Allen E, Filippi A, Medea G, Cricelli C. Prevalence and antihyperglycemic prescribing trends for patients with type 2 diabetes in Italy: A 4-year retrospective study from national primary care data. *Pharmacol Res*. 2008;57:358-363.
75. Sacchetti E, Trifirò G, Caputi A, Turrina C, Spina E, Cricelli C, Brignoli O, Sessa E, Mazzaglia G. Risk of stroke with typical and atypical anti-psychotics: a retrospective cohort study including unexposed subjects. *J Psychopharmacol*. 2008;22:39-46.
76. Savica R, Beghi E, Mazzaglia G, Innocenti F, Brignoli O, Cricelli C, Caputi AP, Musolino R, Spina E, Trifiro G. Prescribing patterns of antiepileptic drugs in Italy: a nationwide population-based study in the years 2000-2005. *Eur J Neurol*. 2007;14:1317-21.
77. Mantovani LG, Bettoncelli G, Cricelli C, Sessa E, Mazzaglia G, Canonica GW, Passalacqua G. Allergic rhinitis in the Italian population evaluated through the national database of general practitioners. *Allergy*. 2007;62:569-71.
78. Galatti L, Mazzaglia G, Greco A, Sessa E, Cricelli C, Schito GC, Nicoletti E, Spina E, Caputi AP. Co-prescriptions with itraconazole and fluconazole as a signal for possible risk of drug-drug interactions: a four-year analysis from Italian general practice. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007;16:422-8.
79. Tragni E, Filippi A, Mazzaglia G, Sessa E, Cricelli C, Catapano A. Monitoring statin safety in primary care. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007;16:652-7.
80. Gelatti U, Samani F, Donato F, Covolo L, Mazzaglia G, Cremaschini F, Simon G, Leggieri G, Balestrieri M. Health-related quality of life in older people using benzodiazepines: a cross-sectional study. *Ann Ig*. 2006; 18:313-26.
81. Filippi A, Vannuzzo D, Bignamini AA, Mazzaglia G, Brignoli O, Sabatini A, Cricelli C, Catapano AL. Secondary prevention of myocardial infarction: a survey in primary care. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2006;7:422-426.
82. Galatti L, Sessa A, Mazzaglia G, Pecchioli S, Rossi A, Cricelli C, Schito GC, Nicoletti G. Antibiotic prescribing for acute and recurrent cystitis in primary care: a 4 year descriptive study. *J Antimicrob Chemother*. 2006; 57:551-6.
83. Mazzaglia G, Mantovani LG, Sturkenboom MC, Filippi A, Trifiro G, Cricelli C, Brignoli O, Caputi AP. Patterns of persistence with antihypertensive medications in newly diagnosed hypertensive patients in Italy: a retrospective cohort study in primary care. *J Hypertens*. 2005;23:2093-100.

84. Filippi A, Sessa E, Pecchioli S, Trifirò G, Samani F, Mazzaglia G. Homecare for patients with heart failure in Italy. *Ital Heart J.* 2005;6:573-7.
85. Filippi A, Vanuzzo D, Bignamini AA, Mazzaglia G, Cricelli C, Catapano AL. The database of Italian general practitioners allows a reliable determination of the prevalence of myocardial infarction. *Ital Heart J.* 2005; 6:311-4.
86. Balestrieri M, Marcon G, Samani F, Marini M, Sessa E, Gelatti U, Donato F. Mental disorders associated with benzodiazepine use among older primary care attenders. A regional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40:308-15.
87. Filippi A, Tragni E, Bignamini AA, Sessa E, Merlini G, Brignoli O, Mazzaglia G, Catapano A, Cholesterol control in Stroke prevention in Italy: a cross-sectional study in family practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2005; 12:159-163.
88. Filippi A, Vannuzzo D, Bignamini AA, Sessa E, Brignoli O, Mazzaglia G. Computerized general practice database provide quick and cost-effective information on the prevalence of angina pectoris. *Ital Heart J.* 2005;6:49-51.
89. Sacchetti E, Turrina C, Parrinello G, Brignoli O, Stefanini G, Mazzaglia G. Incidence of diabetes in a general practice population: a database cohort study on the relationship with haloperidol, olanzapine, risperidone or quetiapine exposure. *Int Clin Psychopharmacol.* 2005;20:33-.
90. Trifirò G, Spina E, Brignoli O, Sessa E, Caputi AP, Mazzaglia G. Antipsychotic prescribing pattern among Italian general practitioners: a population-based study during 1999-2002 years. *Eur J Clin Pharmacol.* 2005;61:47-53.
91. Filippi A, Sessa E, Trifirò G, Mazzaglia G, Pecchioli S, Caputi AP, Cricelli C. Oral anti-coagulant therapy in Italy: prescribing prevalence and clinical reasons. *Pharmacol Res.* 2004;50:601-603.
92. D'Ambrosio G, Samani F, Cancian M, De Mola C. Practice of opportunistic prostate-specific antigen screening in Italy: data from the Health Search database. *Eur J Cancer Prev.* 2004;13:383-386.
93. Fabiani L, Scatigna M, Panopoulou K, Sabatini A, Sessa E, Donato F, Marchi M, Nardi R, Niccolai C, Samani F, Ventriglia G. Health Search: istituto di ricerca della società italiana di medicina generale: la realizzazione di un database per la ricerca in medicina generale. *Epidemiol & Prev.* 2004;28:156-162.
94. Filippi A, Gensini G, Bignamini AA, Sabatini A, Mazzaglia G, Cricelli C. Management of patients with suspected angina, but without known myocardial infarction: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract.* 2004;54:429-33.
95. Filippi A, Buda S, Brignoli O, Cricelli C, Degli Esposti E. Global cardiovascular risk evaluation in Italy: a cross sectional survey in general practice. *It Heart J.* 2004;5:223-7.
96. Fabiani L, Giovannoni S, Casanica M, Scatigna M, Pulsoni R, Ventriglia G, Marchi M. Applicabilità di linee guida e formazione: un percorso diagnostico per il mal di schiena. *Rec Prog Med.* 2004; 95:81-6.
97. Mazzaglia G, Caputi AP, Rossi A, Bettoncelli G, Stefanini G, Ventriglia G, Nardi R, Brignoli O, Cricelli C. Exploring patient- and doctor-related variables associated with antibiotic prescribing for respiratory infections in primary care. *Eur J Clin Pharmacol.* 2003;59:651-7.

98. Cricelli C, Mazzaglia G, Samani F, Marchi M, Sabatini A, Nardi R, Ventriglia G, Caputi AP. Prevalence estimates for chronic diseases in Italy: exploring the differences between self-report and primary care databases. *J Public Health Med.* 2003;25:254-7.
99. Filippi A, Sabatini A, Badioli L, Samani F, Mazzaglia G, Catapano A, Cricelli C. Effects of an Automated Electronic Reminder in Changing the Antiplatelet Drug-Prescribing Behavior Among Italian General Practitioners in Diabetic Patients: An intervention trial. *Diabetes Care* 2003;26:1497-1500.
100. Filippi A, Bignamini AA, Sessa E, Samani F, Mazzaglia G. Secondary prevention of stroke in Italy: a cross-sectional survey in family practice. *Stroke.* 2003;34:1010-4.

LIBRI/REPORT

1. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2015. Roma. Agenzia Italiana del Farmaco, 2016.
2. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2014. Roma. Agenzia Italiana del Farmaco, 2015.
3. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2013. Roma. Agenzia Italiana del Farmaco, 2014.
4. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2012. Roma. Agenzia Italiana del Farmaco, 2013.
5. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2011. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2012.
6. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2010. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2011.
7. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2009. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2010.
8. Mazzaglia G, Cricelli I, Cerpollini E, Palladino P, Cricelli C. L'esperienza di Health Search – SIMG. In: Brunetti M. Innovazione ed organizzazione nel Sistema Sanitario Nazionale. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2010(2):9-25.
9. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). Rapporto sull'uso dei farmaci antibiotici. Analisi del consumo territoriale nelle regioni italiane 2009. Dicembre 2009.
10. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2008. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2009.
11. Rossi A, Mazzaglia G, Scarponi T. Progetto SIMG-OERU della Regione Umbria: risultati. Aprile 2009. Quaderni della Regione Umbria, Perugia 2009.

12. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2007. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2008.
13. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2006. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2007.
14. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2005. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2006.
15. Mazzaglia G, Niccolai C, Rossi A, Brignoli O, Cricelli C, Caputi AP. Variabilità tra i medici di medicina generale nel trattamento antibatterico delle infezioni delle vie respiratorie. In: Morosini P, Palumbo G. Variabilità nei Servizi Sanitari in Italia. Roma, Italia: Centro Scientifico Editore; 2004: 99-109.

ALTRE PUBBLICAZIONI

1. Magni A, Lapi F, Ventriglia G., Aprile P.L. L'epidemiologia dei disturbi non differibili in Medicina Generale. SIMG 2016;3,31-36.
2. Giustini S, Garzitto A. Aderenza e Medicina Generale. SIMG 2015;5,10-13.
3. Italiano D., Mazzoleni F. Depressione e comorbidità nel setting della Medicina Generale: dall'appropriatezza prescrittiva all'aderenza terapeutica nell'utilizzo dei farmaci antidepressivi – Parte II. SIMG 2015;4,5-9.
4. Aprile P. L., Lapi F., Fanelli A., Levi M., Piccinni C., Simonetti M., Cricelli I., Cricelli C. Paracetamolo, paracetamolo-codeina, nuove evidenze di sicurezza. SIMG 2015;2,3-10.
5. D'Avino M, Caruso G, Buonomo G, Menditto E, Scala D. L'aderenza alle prescrizioni terapeutiche dei pazienti con patologia ischemica cardiaca cronica. SIMG 2015;1,22-25.
6. Lupi L. 2003-2012: dieci anni di osteoporosi in Italia. Epidemiologia e considerazioni generali. SIMG 2014;3,13-17.
7. Campo S, Cricelli C, Lapi F, Medea G, Pecchioli S. La patologia tiroidea nella Medicina Generale italiana. Studio epidemiologico e considerazioni sul management clinico del paziente. SIMG 2013;5;7-11.
8. Campo S, Alecci U, Claudio S, Di Giacomo G, Giardina G, Di Gregorio C, Di Guardo A, Di Maggio E, Fichera F, Galvano L, Infrerera S, Magliozzo F, Mastrosimone G, Milazzo V, Morgana I, Pasqualetto S, Pozzecco U, Spicola L, Trovato S, Zelante R. Studio epidemiologico sull'ADPKD in Italia. SIMG 2012;5;4-7.
9. Mazzoleni F, Simonetti M, Lapi F, Pecchioli S, Trifirò G, Cricelli I, Mazzaglia G. Uso degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale. SIMG 2011;5;11-16.
10. Mazzaglia G, Lapi F, Pecchioli S, Pasqua A, Simonetti M, Cricelli I, Cricelli C. Il database Health Search- CSD LPD; uno strumento innovativo per l'assistenza e la ricerca. SIMG 2011;3;11-17.
11. Mazzaglia G, Filippi A, Mantovani LG, Furneri G, Niccolai C, Cricelli I, Caputi AP, Brignoli O, Cricelli C. Epidemiologia, prevenzione e trattamento delle malattie cardiovascolari: evidenze dal database della medicina generale. Farmeconomia e percorsi terapeutici. SIMG 2011;12(Suppl 2):29-34.

12. Mazzaglia G, Brignoli O, Caputi AP, Cricelli C. Aderenza e persistenza: due elementi chiave per la determinazione dell'efficacia terapeutica in usual care. *Farmaeconomia e percorsi terapeutici*. SIMG 2011;12(Suppl 2):9-13.
13. Filippi A, Pecchioli S, Simonetti M, Paolini I, Mazzaglia G. Angina pectoris: i dati della Medicina Generale italiana e le loro implicazioni per la pratica professionale. *SIMG*. 2010; 4:7-10.
14. Mazzaglia G, Cricelli I. How to conduct research within the National network of Italian General Practitioners? *Pharmacoepidemiology Risk Management Newsletter*. 2010;4:9-11.
15. Filippi A, Bianchi A, Montanari P, Sessa E, Mazzaglia G. Caratterizzazione e modalità di trattamento, dei soggetti con prescrizione di antiaggreganti piastrinici: studio di coorte in Medicina Generale. *SIMG* 2009;3;3-6.
16. Piccoliori G, Pecchioli S, Sessa E, Cancian M, Lora Aprile PA, Mazzaglia G, Salvo F, Giusti P, Caputi A. Italian Pain reSearch: una ricerca osservazionale in Medicina Generale sulla gestione del dolore moderato-severo acuto e cronico. *SIMG* 2009;3;7-14.
17. Sini G, Mazzaglia G, Cricelli I, Mantovani L, Ubaldi E, Cricelli C. Effetti dell'introduzione del prezzo di riferimento per gli inibitori di pompa protonica sul comportamento diagnostico-terapeutico in Medicina Generale. *SIMG* 2008;5;25-28.
18. Falanga R. Gestione della broncopneumopatia cronica ostruttiva MD *Medicinae Doctor* n. 26 / 2008
19. Piccoliori G, Pavone P, Turbil E, Pecchioli S, Sessa E, Cancian M, Lora Aprile P. Italian Pain research: dati preliminari di una ricerca osservazionale in Medicina Generale. *SIMG* 2007;3;6-11.
20. Surace MA, Fumagalli E, Mazzoleni F. Criticità nella gestione delle cefalee in medicina generale. *SIMG* 2008;1;11-15.
21. Falanga M, Corradin MT. I tumori cutanei maligni: il ruolo della medicina generale. I dati di Health Search e l'importanza della diagnosi precoce. *SIMG* 2007;1;9-13.
22. Samani F, Ventriglia G, Nardi R, Niccolai C. Health Search. Dall'esperienza SIMG e dalla sinergia con Thales e Millennium la principale realtà di ricerca Italiana in Medicina Generale. *SIMG* 2006;5;19-22.
23. Mazzaglia G, Pecchioli S, Galatti L, Sessa E, Caputi AP. Un'analisi sull'uso dei FANS in medicina generale nella banca dati Health Search della SIMG. *SIMG* 2004; 5-6; 29-31.
24. Sessa E, Samani F, Niccolai C, Pecchioli S, Ventriglia G, Mazzaglia G. La creazione di un campione validato di medici di medicina generale nel database di Health Search. *SIMG* 2004; 3; 10-14.
25. Franchini CA. La gastroprotezione: analisi prescrittiva Health Search. *SIMG* 2004; 3; 15-18.
26. Medea G, Samani F. Diabete: indicatori di qualità e qualità dell'assistenza in Medicina Generale Il diabete mellito come modello di riferimento per tutte le patologie croniche. *SIMG* 2003; 4; 9-15.
27. Samani F, Canciani L, Paduano R, Macaudo C. Come stanno i quarantenni. Risultati preliminari del progetto di prevenzione primaria cardiovascolare "VIS" (Vivere in Salute 2° parte). *SIMG* 2003; 4; 19-24.

- 28.** Samani F, Canciani L, Paduano R, Macaudo C. Il rischio cardiovascolare nei quarantenni: medicina di iniziativa e di attesa a confronto (Progetto VIS). *SIMG* 2003; 3: 24-29.
- 29.** Del Zotti F, Stefanini G. L'autovaccinazione antinfluenzale. *SIMG* 2003; 2: 43-45.
- 30.** Samani F, Medea G, Sessa E. Diabete mellito: dati epidemiologici e gestionali in medicina generale. *Me&Dia* 2003; 4.
- 31.** Del Zotti F, Sabatini A, Sessa E. Malattie classiche e sintomi comuni: l'emicrania nel database di Health Search. *SIMG* 2002; 8-10: 31-33.
- 32.** Ubaldi E. La prevenzione del danno gastrointestinale nei pazienti in trattamento cronico con basse dosi di aspirina. *SIMG* 2002; 4-5: 16.
- 33.** Spicola L, Filippi A. BNP e diagnosi di scompenso cardiaco. *SIMG* 2002; 4-5: 37-9.
- 34.** Samani F, Ventriglia G, Nardi R, Niccolai C, Monti CM. Health Search: Interventi motivazionali e procedure di qualità. *SIMG* 2002; 1: 38-42.
- 35.** Samani F, Filippi A, Paduano R, Canciani L, Ventaglia G, Nardi R. Colesterolo e ipertensione uccidono più dei farmaci. *SIMG* 2001; 7.
- 36.** Filippi A, Medea G, Samani F, Zaninelli A. Diabetici, la profilassi con ASA. *SIMG* 2001; 6: 28-9.
- 37.** Samani F, Nardi R, Ventriglia G, Niccolai C. Health Search: cerebrolesi, la situazione in Italia. *SIMG* 2001; 4: 25-27.
- 38.** Samani F, Nardi R, Ventriglia G, Niccolai C. Fumatori e non fumatori: i dati di Health Search. *SIMG* 2001; 3: 22-24.
- 39.** Niccolai C, Nardi R, Samani F, Ventriglia G. Health Search: chi sono i ricercatori. *SIMG* 2001; 1: 15-16.

APPENDICE 3. COLLABORAZIONI/PROGETTI NAZIONALI E INTERNAZIONALI

“PROGETTO MATRICE” INTEGRAZIONE DEI CONTENUTI INFORMATIVI PER LA GESTIONE SUL TERRITORIO DI PAZIENTI CON PATOLOGIE COMPLESSE O CON PATOLOGIE CRONICHE



www.agenas.it

Il progetto, coordinato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, coinvolge il Ministero della Salute, diverse Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana e Veneto), alcuni esperti nazionali ed internazionali e alcuni partner scientifici, tra cui SIMG attraverso Health Search. Il progetto prevede la progettazione, la sperimentazione, la validazione e l'applicazione di un software open source di aggregazione e di integrazione dei dati dei flussi sanitari nazionali, allo scopo di produrre la lettura dei percorsi assistenziali di pazienti con patologie complesse. Il software sarà sperimentato in alcune aziende sanitarie delle 5 Regioni partecipanti e saranno attivati gruppi di lavoro a livello aziendale, regionale e/o ministeriale, per valutare i dati prodotti e trarne quindi informazioni rilevanti ai fini della misura dell'equità e/o della governance delle cure territoriali.

OSSERVATORIO SULL'IMPIEGO DEI MEDICINALI (OSMED)



Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/osservatorio-sull%E2%80%99impiego-dei-medicinali-osmed

L'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OSMED) assicura il monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale e regionale, attraverso l'elaborazione di oltre 500 milioni di ricette prescritte dai medici di medicina generale e inviate da circa 18.000 farmacie del territorio. È lo strumento necessario e insostituibile per la determinazione dello sfondamento del tetto di spesa programmato e per l'adozione delle misure di ripiano. Le informazioni gestite ed elaborate dall'OSMED vengono periodicamente pubblicate in Rapporti nazionali, che sintetizzano i dati sull'uso dei farmaci in Italia nella popolazione generale, descritti in termini di spesa, volumi e tipologia. Nell'ambito del gruppo di lavoro, comprendente attualmente l'AIFA, il Ministero della Salute, l'AGENAS, la Clicon S.r.l. e l'Associazione dei Medici Diabetologi, SIMG sviluppa annualmente, tramite Health Search CSD LPD, indicatori atti a determinare su base regionale il profilo di appropriatezza prescrittiva dei Medici di Medicina generale.

MINISTERO DELLA SALUTE: RELAZIONE SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE 2009-2010

www.rssp.salute.gov.it/rssp2011/homeRssp2011.jsp

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese (RSSP) è una componente essenziale del ciclo di pianificazione, programmazione e valutazione del Servizio Sanitario Nazionale. La Relazione è stata introdotta dalla Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, come informativa periodica, da parte del Ministro della Sanità al Parlamento, sullo stato di salute del Paese e sull'attuazione delle politiche sanitarie ed è stata successivamente individuata dal DL n. 502 del 30 dicembre 1992, integrato dal DL n. 229 del 19 giugno 1999, quale strumento di valutazione del processo attuativo del Piano Sanitario Nazionale. Le finalità della Relazione sullo Stato Sanitario del Paese sono: (1) illustrare le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale; (2) descrivere le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio Sanitario Nazionale; (3) esporre i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi individuati dal Piano Sanitario Nazionale; (4) presentare i risultati raggiunti in termini di efficienza e di qualità dell'assistenza del Servizio Sanitario Nazionale; (5) fornire indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi. Nell'ambito di questo Rapporto i dati di Health Search CSD LPD vengono diffusamente utilizzati, in particolare nell'ambito delle patologie respiratorie e nell'uso dei farmaci del sistema nervoso centrale.

COLLABORAZIONE CON BANCA D'ITALIA

www.bancaditalia.it

La Collaborazione di Ricerca con Banca d'Italia – Ceis Tor Vergata e Fondazione Farmafactoring per l'analisi dei dati sulla sanità italiana è finalizzata allo studio: (1) delle differenze geografiche in termini di output sanitari, utilizzo delle risorse e spesa; (2) all'individuazione di criteri e indicatori che migliorino la stima dei costi delle prestazioni sanitarie, tenendo conto più efficacemente dei bisogni della popolazione; (3) della valutazione di politiche pubbliche (come ad esempio l'introduzione o la modifica di compartecipazioni alla spesa, la revisione delle tariffe di rimborso delle prestazioni, variazioni nel prelievo fiscale), al fine di evidenziarne l'impatto sul comportamento dei pazienti e degli operatori sanitari, sugli oneri per il sistema sanitario e sui livelli di salute della popolazione.

COLLABORAZIONE CON ISTAT



www.istat.it

La collaborazione con l'ISTAT prevede lo scambio di informazioni e competenze che consentano significativi avanzamenti nell'analisi e nella comprensione dell'utilizzo dei servizi e dei costi in ambito sanitario e dello stato di salute della popolazione in Italia. In particolare, gli obiettivi individuati riguardano: (1) il confronto tra gli indicatori di stato di salute della popolazione calcolati con i dati dell'indagine "Multiscopo sulle famiglie: condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" dell'ISTAT e con i dati del database Health-Search CSD-LPD di SIMG al fine di verificarne la coerenza e la robustezza; (2) la definizione di un set di statistiche di base sui costi della sanità, anche ai fini della determinazione dei "costi e dei fabbisogni standard" per l'attuazione del federalismo in sanità; (3) lo sviluppo di analisi di natura congiunturale e previsionale sui costi della sanità e sullo stato di salute della popolazione; (4) la ricostruzione di indicatori di produttività in sanità; (5) la realizzazione di un campione longitudinale di medici/pazienti da utilizzare per analisi di tipo dinamico.

COLLABORAZIONE CON ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'



www.iss.it

La collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità ha l'obiettivo di esaminare la natura e l'incidenza delle malattie croniche nella popolazione italiana, in particolare per ciò che concerne le malattie metaboliche (diabete, sovrappeso, obesità) e l'impatto delle malattie cardiovascolari (stroke, infarto e scompenso cardiaco). Tuttavia, la valutazione di questi contesti clinici non si limita soltanto alla loro epidemiologia nell'ambito della medicina generale, ma si estende a tutti gli aspetti correlati di assistenza e terapia del paziente. Nel dettaglio, si fa riferimento alla definizione e quantificazione degli indicatori di performance (es. frequenza di misurazione del BMI e della pressione arteriosa) oltre a quelli relativi all'appropriatezza e inappropriata prescrizione (es. aderenza e persistenza ai farmaci per diabete e ipertensione). Tutti questi elementi, i quali ovviamente si associano a dei costi assistenziali, hanno l'obiettivo di effettuare stime sull'impatto economico, valutando costi diretti e indiretti delle patologie, nonché analizzando il consumo complessivo di risorse (es. mediante l'analisi del ricorso all'assistenza sanitaria). Tale collaborazione consente, pertanto, di ottenere un quadro reale della situazione sanitaria italiana e dei costi derivanti; essa rappresenta un ottimo punto di osservazione per creare la base scientifica di proposte di modifica della gestione delle patologie croniche, in termini di management clinico e di politiche sanitarie.

COLLABORAZIONE CON OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE



<http://www.osservasalute.it/>

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ha lo scopo di monitorare, secondo criteri di scientificità, l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano attualmente i Sistemi Sanitari Regionali e trasferire i risultati della ricerca ai responsabili regionali, aziendali e alla comunità scientifica nazionale ed internazionale. Tale Osservatorio, nato per iniziativa dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, si qualifica come istituzione di carattere scientifico sotto forma di Centro di Eccellenza in collaborazione con le competenti istituzioni accademiche, scientifiche e tecnologiche nazionali ed internazionali, tra cui Ministero della Salute, ISS, ISTAT e AIFA. A partire dal 2015, la SIMG è diventata parte integrante dell'osservatorio. Tale collaborazione consente di documentare, mediante i dati contenuti in Health Search, le condizioni di cronicità delle principali patologie e di offrire un quadro epidemiologico della popolazione assistita dai medici di medicina generale. Inoltre, l'unicità dei dati della medicina generale consente di relizzare approfondimenti specifici su diversi temi che riguardano l'assistenza territoriale.

EMIF-Platform (European Medical Information Framework)



<http://www.emif.eu/>

La raccolta di informazioni cliniche informatizzate ha conosciuto un forte aumento negli ultimi anni e svariati centri europei hanno creato banche dati contenenti informazioni genetiche e biologiche dei singoli pazienti. Il progetto EMIF (European Medical Information Framework) si pone l'obiettivo di armonizzare informazioni differenti presenti sul territorio europeo, mediante una struttura integrata ed efficiente. Tale struttura impiega metodologie e tecnologie sofisticate che consentono ai ricercatori di interrogare simultaneamente più fonti dati, consentendo così di giungere a risultati sempre più completi e accurati. Health Search CSD-LPD è parte integrante di questo progetto e mette a disposizione i dati e la conoscenza sui processi di codifica dei medici di medicina generale italiani.

EU-ADR Alliance NETWORK

<http://www.alert-project.org/drupal/files/pdf/FinalPublishableSummary.pdf>

La EU-ADR Alliance è una rete di enti federati, a cui aderisce anche SIMG tramite Health Search CSD LPD. L'EMA (European Medicines Agency) ha affidato a questa rete due studi sul profilo di sicurezza di alcuni farmaci di uso molto comune in Europa. Questi studi prevedono l'impiego di diverse metodologie proprie della farmacovigilanza: dal data mining delle banche dati incluse nella rete, alla conduzione di studi formali per la verifica dell'ipotesi (coorte e caso-controllo). Ad oggi, l' EU-ADR Alliance è coinvolta in numerosi studi commissionati ad aziende farmaceutiche o direttamente richiesti da EMA. Tra questi vi sono lo studio sulla potenziale associazione tra bifosfonati e le valvulopatie cardiache, l'appropriatezza prescrittiva e il profilo di sicurezza dei nuovi farmaci, oltre all'impatto degli end-point hard (ossia la mortalità) relativamente alle malattie respiratorie croniche.

ARITMO: ARRHYTHMOGENIC POTENTIAL OF DRUGS

www.aritmo-project.org

Il progetto ARITMO si propone di analizzare il profilo di rischio di morte cardiaca improvvisa, aritmia ventricolare, torsione di punta e sindrome del QT lungo, relativo a circa 250 farmaci antipsicotici, anti-infettivi e anti-istaminici. La strategia consiste nell'utilizzo di dati provenienti da studi prospettici, da database clinici informatizzati, tra i quali anche Health Search CSD LPD e studi in-silico. Sono previste anche analisi sulla letteratura esistente nonché valutazioni sui database europei della segnalazione spontanea di reazioni avverse da farmaci. L'obiettivo ultimo del progetto è quello di fornire un rapporto finale sul profilo di rischio aritmogenico dei farmaci osservati e sui determinanti clinici e genetici di tale rischio.

SAFEGUARD: Safety Evaluation of Adverse Reactions in Diabetes

www.safeguard-diabetes.org

Il progetto SAFEGUARD ha l'obiettivo di valutare e quantificare i rischi cardiovascolari, cerebrovascolari e pancreatici dei farmaci antidiabetici, con un focus specifico sui farmaci di più recente introduzione. Il progetto, oltre all'analisi delle segnalazioni spontanee e alla conduzione di studi sull'uomo, prevede l'impiego di database contenenti informazioni cliniche e terapeutiche di più di 17 milioni di pazienti in USA e in Europa, tra cui quelli inclusi in Health Search CSD LPD. Tale progetto consentirà di migliorare le conoscenze sulla sicurezza dei farmaci antidiabetici.

OCSE - PSA: Early Diagnosis Project – PSA

<http://www.oecd.org>

Il progetto OCSE-PSA si propone di valutare le modalità di impiego del test per i livelli del PSA (Prostate Specific Antigen) nella diagnosi precoce del cancro della prostata. A tale fine il progetto utilizza database di medicina generale di diverse nazioni europee, tra cui Health Search CSD LPD per l'Italia. Lo studio consentirà di identificare le modalità di impiego del test PSA più efficienti nel diagnosticare in maniera precoce il cancro della prostata.

OMOP: Observational Medical Outcomes Partnership

<http://omop.fnih.org/>

Il progetto OMOP (Observational Medical Outcomes Partnership) nasce dalla collaborazione di FNIH (Foundation for the National Institutes of Health) con FDA (Food and Drug Administration) e PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America). Il progetto ha lo scopo di indagare nuove metodologie di analisi di grandi volumi di dati provenienti da fonti eterogenee, al fine di affrontare problematiche connesse alla sicurezza dei farmaci e dei dispositivi medici nonché alla appropriatezza della pratica clinica in generale. Health Search CSD-LPD contribuisce a tale progetto fornendo i dati dei medici di medicina generale italiani.

APPENDICE 4. IL SITO WEB HEALTH SEARCH E IL SOFTWARE MILLEPG

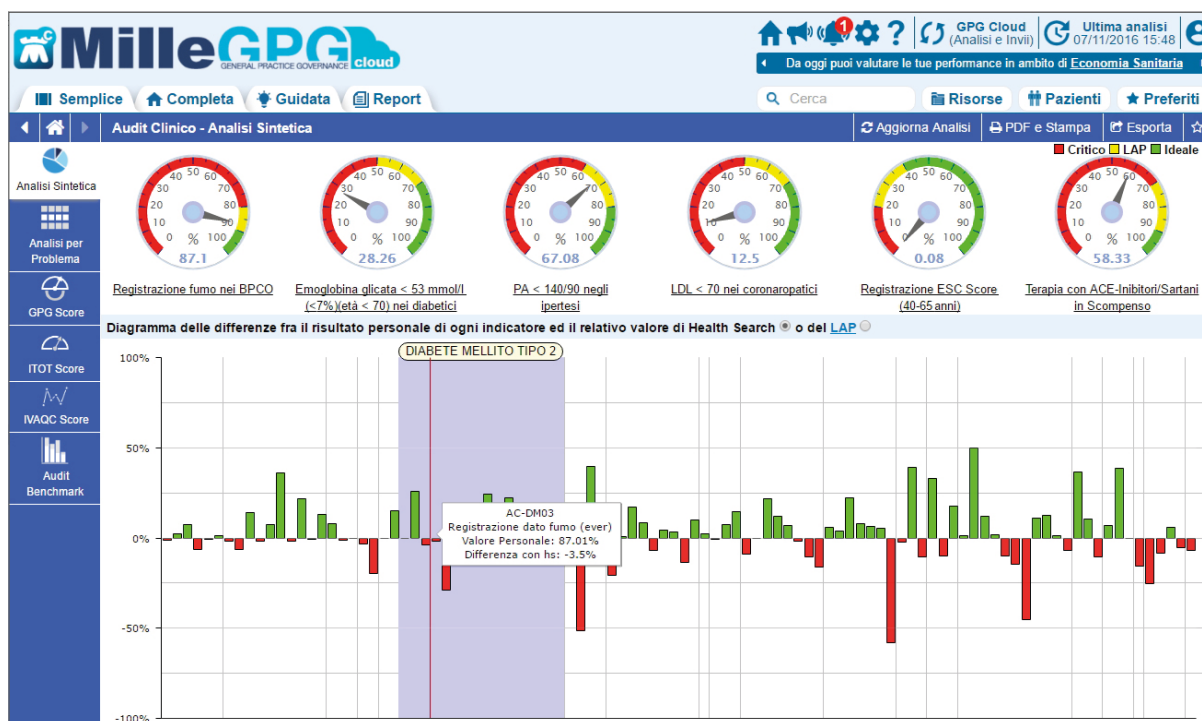
Il sito web di Health Search (**Figura A4a**), raggiungibile all'indirizzo www.healthsearch.it, fornisce tutte le informazioni sull'istituto e sulle sue produzioni. Dal sito, infatti, è possibile visionare e scaricare tutte le pubblicazioni realizzate con dati del database Health Search-CSD LPD, tutti i Report HS realizzati (compreso questo) e i report OsMed a cui HS ha collaborato. Inoltre, nella pagina web è possibile reperire informazioni sulle principali collaborazioni di HS e sulle modalità di richiesta di conduzione di uno studio sul database HS. Infine, è presente un'area riservata, in cui i ricercatori HS mediante credenziali di autenticazione possono accedere a tutte le presentazioni congressuali, al servizio "Indicatori professionali" e a tutti i documenti e comunicazioni che nel tempo sono stati inviate.

Figura A4a Home page del sito web Health Search www.healthsearch.it



MilleGPG (www.millegpg.it) è un applicativo informatico sviluppato da Genomedics su specifiche professionali e scientifiche fornite da un team di lavoro SIMG e da Health Search. MilleGPG presenta al Medico di Medicina Generale, utilizzatore delle cartelle cliniche Millewin®, una serie di “cruscotti” (**Figura A4b**) e di indicatori destinati a supportarlo nella verifica della sua attività rispetto alle linee guida, agli standard più diffusi nonché alle specifiche necessità derivanti dal contratto nazionale e/o dagli accordi regionali/ASL.

Figura A4b Cruscotto di sintesi del report di Audit Clinico elaborato da MilleGPG





IX REPORT HEALTH SEARCH

edizione 2016

ISTITUTO DI RICERCA DELLA SIMG: SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

Una fotografia nitida e obiettiva della **Medicina Generale Italiana** e dei suoi cambiamenti nel tempo.

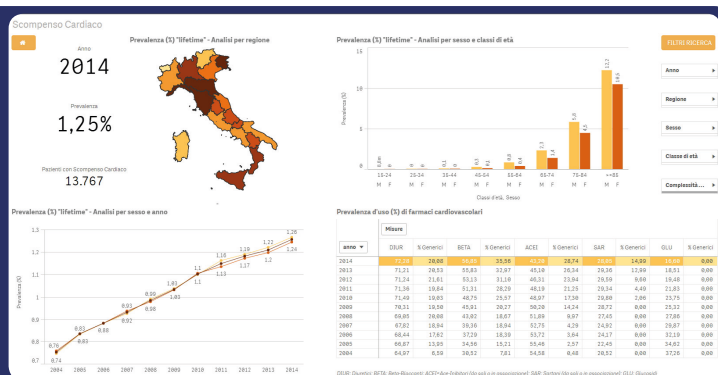
Il **IX Report Health Search** presenta un'analisi sistematica dell'operato dei Medici di Medicina Generale Italiana: dal carico di lavoro, alla prevalenza e management delle patologie a maggior impatto sociale fino all'attività di ricerca riguardante le tematiche a maggior interesse clinico e scientifico.



Consulta il Report completo
nel sito web dedicato

<http://report.healthsearch.it>

E' disponibile la versione integrale
in formato PDF con innovativi
cruscotti di esplorazione dei dati.





Una fotografia nitida e obiettiva della Medicina Generale Italiana e dei suoi cambiamenti nel tempo. Questo Report presenta un'analisi sistematica delle diverse sfaccettature dell'operato dei medici di Medicina Generale: dal carico di lavoro, alla prevalenza e management delle patologie a maggior impatto sociale, fino all'attività di ricerca riguardante le tematiche a maggior interesse clinico e scientifico.

Tra le novità di questa edizione merita particolare menzione l'analisi sull'impiego dei farmaci equivalenti, essa consente di descrivere nel dettaglio le abitudini prescrittive dei MMG fornendo numerosi spunti per delineare il ruolo dei generici nella Medicina Generale.

Il IX Report Health Search rappresenta uno strumento di grande utilità, una straordinaria ed insostituibile fonte di informazioni per tutti i diversi attori operanti sulla scena sanitaria Nazionale e Internazionale: Medici di Medicina Generale, Epidemiologi, Amministratori Sanitari, Operatori della Salute, Ricercatori e tutti coloro che sono interessati ad approfondire le loro conoscenze sulla Medicina Generale Italiana.

WWW.HEALTHSEARCH.IT

- **Versione digitale:** una copia di questo report (versione completa) e del report in versione sintetica è disponibile nel sito web www.healthsearch.it in versione PDF e sfogliabile digitalmente.
- **Per informazioni** in merito ai dati contenuti nel report contattare l'Istituto Health Search al seguente indirizzo e-mail: info@healthsearch.it